

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA  
PASIEN NY. N DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK  
DISERTAI HIPERTENSI DAN NY. H DENGAN GAGAL  
GINJAL KRONIK DISERTAI DIABETES MELLITUS DI  
RUANG WIJAYA KUSUMA RSUD CAM KOTA BEKASI  
TAHUN 2022**



**Disusun Oleh:**

**HERLINA, S.Kep**

**NPM: 22.156.03.11.041**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
BEKASI  
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA  
PASIEN NY. N DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK  
DISERTAI HIPERTENSI DAN NY. H DENGAN GAGAL  
GINJAL KRONIK DISERTAI DIABETES MELLITUS DI  
RUANG WIJAYA KUSUMA RSUD CAM KOTA BEKASI  
TAHUN 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
Profesi Ners (Ners)**



**Disusun Oleh:**

**HERLINA, S.Kep**

**NPM: 22.156.03.11.041**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
BEKASI  
2022**

## LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Herlina, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.041

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. N dengan Gagal Ginjal Kronik disertai Hipertensi dan Ny. H dengan Gagal Ginjal Kronik disertai Diabetes Mellitus Di Ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2022” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKS Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 31 Oktober 2022



Herlina

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor Satu dan  
Preseptor Dua dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil.**

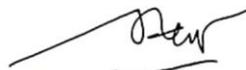
**Bekasi, 18 November 2022**

Menyetujui,

Penguji I  


Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIDN. 0321108001

Penguji II



Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIDN. 0301096505

Mengetahui:

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia



Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

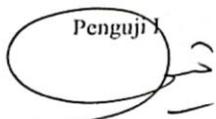
## LEMBAR PENGESAHAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Herlina, S.Kep  
NPM : 22.156.03.11.041  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. N dengan Gagal Ginjal Kronik disertai Hipertensi dan Ny. H dengan Gagal Ginjal Kronik disertai Diabetes Mellitus Di Ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2022.

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada 18 November 2022

Bekasi, 18 November 2022

  
Penguji I  
Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
NIDN. 0321108001

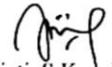
  
Penguji II  
Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep.Ners.,M.Kep  
NIDN. 0301096505

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Kepala Program Study Ilmu Keperawatan (SI)  
dan Pendidikan Profesi Ners

  
Puri Kresnawati, SST,M.KM  
NIDN. 0309049001

  
Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

Disahkan,

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawaty, SST.,M.Kes  
NIDN. 0319017902

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. N dengan Gagal Ginjal Kronik disertai Hipertensi dan Ny. H dengan Gagal Ginjal Kronik disertai Diabetes Mellitus Di Ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2022”** yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan sehingga memungkinkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini terwujud. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A selaku Koordinator Profesi Ners.
9. Ibu Arabta M. Peraten. Pelawi, S.Kep, Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners

10. Ibu Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dosen penguji 1 sekaligus Dosen Pembimbing Akademik.
11. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
12. Teruntuk kedua orang tua terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
13. Serta teman-teman semua yang tidak bisa disebutkan satu-persatu. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas motivasi dan dukungan selama pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangatmengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, 31 Oktober 2022



Herlina

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>B. Tujuan Umum .....</b>	<b>3</b>
<b>C. Tujuan Khusus.....</b>	<b>3</b>
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>5</b>
<b>A. Pengertian Gagal Ginjal Kronik.....</b>	<b>5</b>
<b>B. Etiologi Gagal Ginjal Kronik .....</b>	<b>6</b>
<b>C. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik .....</b>	<b>7</b>
<b>D. Pathways .....</b>	<b>8</b>
<b>E. Manifestasi Klinis .....</b>	<b>9</b>
<b>F. Pemeriksaan Penunjang.....</b>	<b>10</b>
<b>G Therapy Hemodialisis .....</b>	<b>11</b>
<b>H. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik .....</b>	<b>13</b>
<b>I. Diagnosa Keperawatan .....</b>	<b>14</b>
<b>J. Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>14</b>
<b>BAB III LAPORAN KASUS.....</b>	<b>26</b>
<b>KASUS I.....</b>	<b>26</b>
<b>KASUS II .....</b>	<b>50</b>
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>75</b>
<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>75</b>
<b>B. Diagnosa Keperawatan .....</b>	<b>76</b>
<b>C. Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>80</b>
<b>D. Implementasi Atau Catatan Keperawatan .....</b>	<b>83</b>
<b>E. Evaluasi atau Catatan Perkembangan .....</b>	<b>85</b>
<b>BAB IV PENUTUP .....</b>	<b>90</b>
<b>A. KESIMPULAN.....</b>	<b>90</b>
<b>B. SARAN .....</b>	<b>91</b>

<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>93</b>
<b>Lampiran 1 Format Bimbingan.....</b>	<b>95</b>

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Penyakit gagal ginjal kronik merupakan suatu kegagalan yang terjadi pada fungsi ginjal dalam menjalankan fungsinya sehingga memicu terjadinya penurunan filtrasi glomerulus secara bertahap dan mengakibatkan pasien harus menjalani terapi hemodialisa. Penyakit gagal ginjal kronis menjadi salah satu masalah kesehatan dunia karena sulit disembuhkan karena peningkatan angka kejadian disetiap tahunnya. Menurut World Health Organization (WHO) merilis data bahwa terdapat pertumbuhan jumlah penderita gagal ginjal kronik di dunia pada tahun 2016 meningkat sebesar 50% dari tahun sebelumnya 38%, di Amerika angka kejadian gagal ginjal kronik meningkat sebesar 50% pada tahun 2016 dan setiap tahunnya terdapat 200.000 orang menjalani cuci darah. (Nurhayati *et al.*, 2021).

Berdasarkan hasil rekapitulasi Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 dan 2018, penderita gagal ginjal kronis di Indonesia mencapai angka 150.000 orang. Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis di Indonesia mengalami peningkatan seiring dengan bertambahnya usia seseorang, dengan peningkatan tajam pada kelompok usia 35-44 tahun dibandingkan kelompok usia 25-34 tahun karena kelompok usia 35-45 memiliki imun tubuh yang lebih rentan yang memungkinkan kelompok usia tersebut mengalami peningkatan angka kejadian Gagal ginjal. Prevalensi lebih tinggi terjadi pada masyarakat pedesaan sebesar 0,3%, tidak bersekolah mencapai 0,4%, pekerjaan wiraswasta, petani dan buruh sebanyak 0,3% diertai dengan penyakit penyerta dari sipenderita itu sendiri. (Novitasari L, 2021)

Pasien gagal ginjal kronis biasanya disertai dengan penyakit penyerta seperti pasien dengan Diabetes Mellitus, Radang Glomerulus, termasuk *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE), Hipertensi, dan riwayat keluarga yang mempunyai penyakit ginjal karena (Pernefri, 2016). Gagal ginjal kronik paling banyak terjadi pada pasien dengan penyakit Diabetes Mellitus dan Hipertensi,

karena fungsi ginjal yang mengalami gangguan sehingga pada fase ini ginjal tidak mampu menyerap sisa-sisa metabolisme yang pada akhirnya terjadi penumpukan cairan seperti garam di kandung kemih dan penyempitan pembuluh darah yang menyebabkan Hipertensi dan kadar gula yang meumpuk yang mengakibatkan Diabetes mellitus. Angka kejadian atau populasi penyakit Diabetes Mellitus dan Hipertensi yang meningkat dikarenakan pola hidup masyarakat yang kurang baik diantaranya mengkonsumsi minuman ringan, minuman berenergi, jamu, dan obat pereda nyeri. Kebiasaan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya gagal ginjal kronik. (Rendi, 2021). Gagal ginjal kronik merupakan penyakit yang harus segera ditangani, penanganan gagal ginjal kronik dilakukan agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Tindakan untuk menangani gagal ginjal kronik salah satunya yaitu dengan melakukan hemodialisa. Hemodialisa salah satu tindakan terbaik saat ini untuk pasien yang terkena gagal ginjal kronik untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Sejalan dengan penelitian (Marianna and Astutik, 2018) pasien yang mengalami gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa didapatkan bahwa pasien setelah menjalani hemodialisa tidak mengalami hipotensi, pasien tidak merasakan sesak, tidak ada mual muntah dan juga pasien tidak merasa pusing setelah dilakukan hemodialisa.

Pasien gagal ginjal kronik biasanya mengalami gangguan pola tidur, cara untuk menangani pasien gagal ginjal kronik yang mengalami gangguan tidur dapat dilakukan dengan menerapkan terapi relaksasi religius (*Religious Relaxation Therapy*). Terapi relaksasi religius ini akan membuat seseorang merasa tenang sehingga kemudian menekan kerja saraf simpatis dan mengaktifkan kerja sistem saraf parasimpatis yang mampu untuk mempersingkat proses tidur seseorang. Penelitian menurut (Vitaliati, 2018) didapatkan data bahwa setelah pasien diberi terapi relaksasi religius pola tidur pasien lebih baik dan pasien lebih tenang dan tidak lama setelah diberi terapi pasien bisa tidur dengan baik.

Berdasarkan data dari bulan Agustus sampai dengan bulan Oktober di ruangan Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi terdapat sebanyak 38 orang

pasien yang mengalami gagal ginjal kronik yang disertai dengan penyakit penyerta. Penulis tertarik untuk menyusun asuhan keperawatan pada Ny. N dengan gagal ginjal kronis dan Hipertensi, Ny.H dengan gagal ginjal kronis dan DM di ruang Wijaya Kusuma RSUD Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi tahun 2022.

## **B. Tujuan Umum**

Memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. N dengan gagal ginjal kronik disertai Hipertensi dan Ny. H dengan gagal ginjal kronik disertai DM di ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi tahun 2022.

## **C. Tujuan Khusus**

- 1) Mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. N dengan gagal ginjal kronik dan Hipertensi, Ny.H dengan gagal ginjal kronik dan DM di ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi.
- 2) Mampu merumuskan masalah keperawatan pada pasien Ny. N dengan gagal ginjal kronik dan Hipertensi, Ny.H dengan gagal ginjal kronik dan DM di ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi
- 3) Mampu menentukan diagnose keperawatan pada pasien Ny. N dengan gagal ginjal kronik dan Hipertensi, Ny.H dengan gagal ginjal kronik dan DM di ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi
- 4) Mampu merencanakan intervensi keperawatan pada pasien Ny. N dengan gagal ginjal kronik dan Hipertensi, Ny.H dengan gagal ginjal kronik dan DM di ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi
- 5) Mampu melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien Ny. N dengan gagal ginjal kronik dan Hipertensi, Ny.H dengan gagal ginjal kronik dan DM di ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi.
- 6) Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. N dengan gagal ginjal kronik dan Hipertensi, Ny.H dengan gagal ginjal kronik dan DM di ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi.

- 7) Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien Ny. N dengan gagal ginjal kronik dan Hipertensi, Ny.H dengan gagal ginjal kronik dan DM di ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi.

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal adalah ginjal kehilangan kemampuan untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. Gagal ginjal biasanya dibagi menjadi dua kategori yaitu kronik dan akut.(Nurarif, 2019)

Gagal ginjal kronik (GGK) disebut juga sebagai *chronic kidney disease* (CKD). Gagal ginjal kronis atau penyakit gagal ginjal stadium akhir adalah gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan serta elektrolit sehingga menyebabkan uremia yaitu retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah.(Marianna and Astutik, 2018)

Gagal ginjal kronis yaitu keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan – lahan (menahun) disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih kembali (*irreversibel*). Penyakit ini dapat mengakibatkan tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat peningkatan pada kadar ureum yang dapat meningkatkan beban sirkulasi berlebihan, terjadinya edema, gagal jantung kongestif dan hipertensi. (Pardede and Chunnaedy, 2009) Pada pasien gagal ginjal kronis mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa, transplanti ginjal, dialysis peritoneal, hemodialysis dan rawat jalan dalam waktu yang lama.(Carolina and Aziz, 2019)

Beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronis disebabkan oleh kerusakan jaringan ginjal yang tidak dapat pulih kembali dan terjadi secara bertahap sehingga dapat mengakibatkan penumpukan cairan di ureum yang memerlukan pengobatan dalam waktu yang lama berupa, transplanti ginjal, dialysis peritoneal, hemodialysis dan rawat jalan.

## B. Etiologi Gagal Ginjal Kronik

Pada dasarnya, penyebab gagal ginjal kronik adalah penurunan laju filtrasi glomerulus atau yang disebut juga penurunan *glomerulus filtration rate* (GFR). Penyebab gagal ginjal kronik menurut (Dhani, 2019)

1. Gangguan pembuluh darah: berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah Aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstiksi skleratik progresif pada pembuluh darah. *Hyperplasia fibromaskular* pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak di obati, dikarakteristikan oleh penebalan, hilangnya elastisitas system, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.
2. Gangguan imunologis: seperti glomerulonephritis
3. Infeksi: dapat dijelaskan oleh beberapa jenis bakteri terutama *E. Coli* yang berasal dari kontaminasi tinja pada *traktus urinarius* bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara ascenden dari traktus urinarius bagian bawah lewat ureter ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan irreversible ginjal yang disebut pielonefritis.
4. Gangguan metabolik: seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membrane kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membrane glomerulus.
5. Gangguan tubulus primer: terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
6. Obstruksi traktus urinarius: oleh batu ginjal, hipertrofi prostat, dan konstiksi uretra.
7. Kelainan kongenital dan hereditas: penyakit polikistik sama dengan kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista atau kantong berisi

cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jaringan ginjal yang bersifat konginetal (*hypoplasia renalis*) serta adanya asidosis

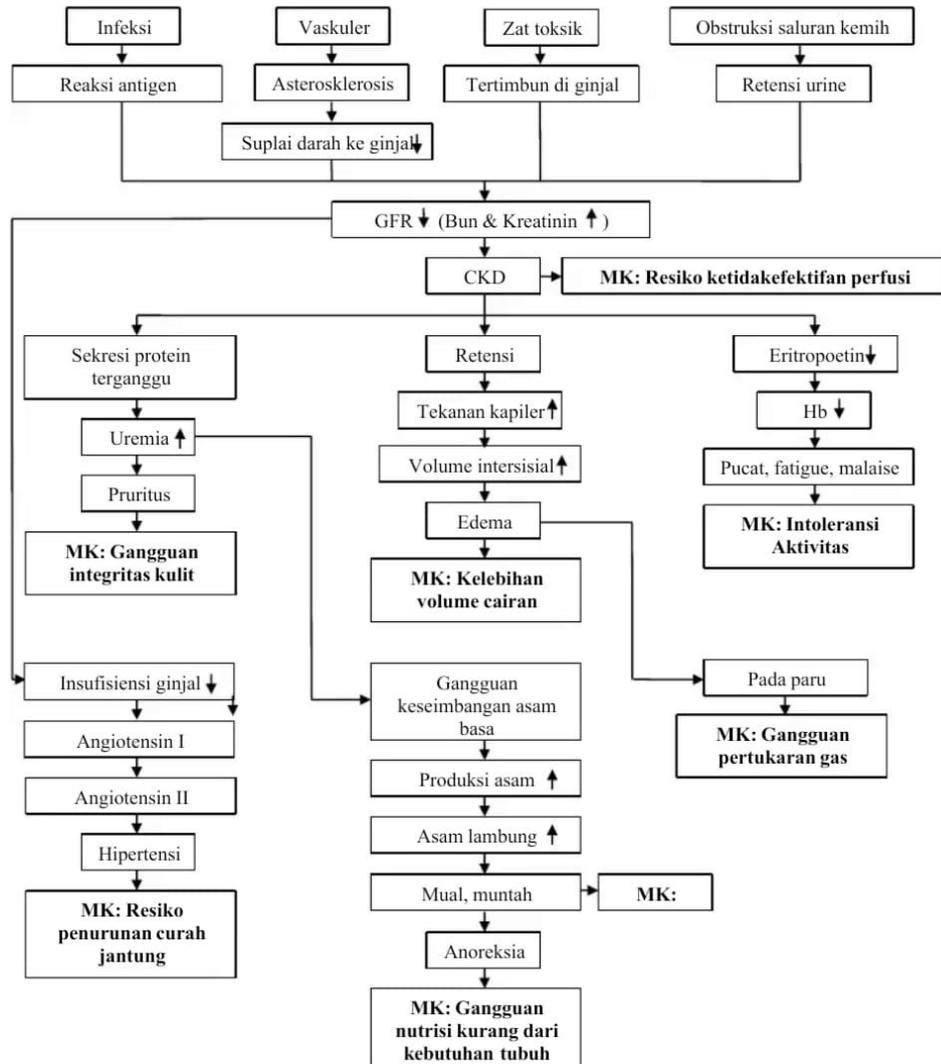
### C. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik

Patofisiologi gagal ginjal kronis dimulai dari fase gangguan keseimbangan cairan, penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang bermasalah. Sampai fase ginjal turun kurang dari 25% normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronis sangat sedikit karena nefron-nefron sisa yang sehat dan mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya serta mengalami hipertrofi (Muttaqin and Sari, 2011).

Semakin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa akan meghadapi banyak tantangan dan akan ikut rusak dan akhirnya mati. Siklus kematian ini berkaitan dengan tuntutan pada nefron-nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada penyusutan progresif pada nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Kondisi ini akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respons dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang akan bermanifestasi pada setiap organ tubuh (Muttaqin and Sari, 2011).

Terapi hemodialisis (HD) merupakan salah satu terapi yang dapat digunakan untuk menggantikan fungsi ginjal sehingga dapat mempertahankan hidup, hemodialisa merupakan terapi yang berfungsi untuk membersihkan darah yang mengandung bahan beracun yang kemudian dikeluarkan oleh ginjal dalam tubuh. Salah satu masalah yang berkontribusi pada kegagalan manajemen perawatan hemodialisis yaitu masalah kepatuhan pasien. Ketidakepatuhan pasien dalam pengobatan dan manajemen cairan menjadi masalah yang sering terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis (Sari, 2016).

## D. Pathways



## E. Manifestasi Klinis

1. Manifestasi klinik menurut (Smeltzer & Bare, 2013) antara lain : hipertensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sisyem renin, angiotensi, aldosteron), gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iriotasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, kedutan otot, kejang, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi).
2. Manifestasi klinik menurut (Setiati, Siti.,*et all*, 2017) adalah sebagai berikut:
  - a) Gangguan kardiovaskuler Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, effusi perikardiac dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.
  - b) Gannguan Pulmoner Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekels.
  - c) Gangguan gastrointestinal Anoreksia, nausea, dan fomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau ammonia.
  - d) Gangguan muskuloskeletal Resiles leg sindrom (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakan), burning feet syndrom (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot – otot ekstremitas.
  - e) Gangguan Integumen kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning–kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal – gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.
  - f) Gangguan endokrim Gangguan seksual: libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminore. Gangguan metabolic glukosa, gangguan metabolic lemak dan vitamin D.
  - g) Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia.

- h) System hematologi anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritopoesis pada sum-sum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopeni.

## **F. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut (Smeltzer & Bare, 2013) ada beberapa pemeriksaan diagnostik untuk gagal ginjal kronik antara lain:

### **1. Pemeriksaan laboratorium**

Penilaian GGK dengan gangguan yang serius dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium, seperti kadar serum sodium/natrium dan potassium atau kalium, pH, kadar serum fosfor, kadar Hb, hematokrit, kadar urea nitrogen dalam arah (BUN) serum dan konsentrasi kreatinin urin urinalisis.

Pada stadium yang cepat pada insufisiensi ginjal, analisa urine dapat menunjang dan sebagai indikator untuk melihat kelainan fungsi ginjal, batas kreatinin, urin rata-rata dari urine tampung selama 24 jam. Analisa urine dapat dilakukan pada stadium gagal ginjal yang mana dijumpai produksi urine yang tidak normal. Dengan urine analisa juga juga dapat menunjukkan kadar protein, glukosa, RBC/eritrosit dan WBC/leukosit serta penurunan osmolaritas urin. Pada gagal ginjal yang progresif dapat terjadi output urin yang kurang dan frekuensi urine menurun, monitor kadar BUN dan kadar kreatinin sangat penting bagi pasien gagal ginjal. Urea nitrogen adalah produk akhir dari metabolisme protein serta urea yang harus dikeluarkan oleh ginjal. Normal kadar BUN dan kreatinin 20:1. Bila ada peningkatan BUN selalu diindikasikan adanya dehidrasi dan kelebihan intake protein.

### **2. Pemeriksaan radiologi**

Beberapa pemeriksaan radiologi yang biasa digunakan untuk mengetahui gangguan fungsi ginjal antara lain:

- a) Flat-flat radiografi keadaan ginjal, ureter dan vesika urinaria untuk mengidentifikasi bentuk, ukuran, posisi dan klasifikasi dari ginjal. Pada gambaran ini akan terlihat bahwa ginjal mengecil yang mungkin disebabkan adanya proses infeksi.
  - b) Computer Tomography Scan yang digunakan untuk melihat secara jelas anatomi ginjal yang penggunaannya dengan memakai kontras atau tanpa kontras.
  - c) *Intervenous Pyelography* (IVP) digunakan untuk mengevaluasi keadaan fungsi ginjal dengan memakai kontras. IVP biasa digunakan pada kasus gangguan ginjal yang disebabkan oleh trauma, pembedahan, anomali kongenital, kelainan prostat, caculi ginjal, abses ginjal, serta obstruksi saluran kencing.
  - d) *Arteriorenal Angiography* digunakan untuk mengetahui sistem arteri, vena dan kapiler ginjal dengan menggunakan kontras.
  - e) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) digunakan untuk mengevaluasi kasus yang disebabkan oleh obstruksi uropathy, ARF, proses infeksi ginjal serta post transplantasi ginjal.
3. Biopsi ginjal

Untuk mendiagnosa kelainan ginjal dengan mengambil jaringan ginjal lalu dianalisa. Biasanya biopsi dilakukan pada kasus glomerulonefritis, sindrom nefrotik, penyakit ginjal bawaan dan perencanaan transplantasi ginjal.

### **G. Therapy Hemodialisis**

Terapi pengganti ginjal terdiri dari hemodialisis, peritoneal dialisa dan transplantasi ginjal. Terapi hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan dan jumlahnya dari tahun ke tahun terus meningkat. Dialysis atau Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk-produk sisa metabolisme yang tidak terpakai dari dalam tubuh ketika ginjal sudah tidak mampu lagi berfungsi dengan baik sesuai fungsinya (Smeltzer & Bare, 2013).

Hemodialisis adalah suatu tindakan pembuangan elemen tertentu dari darah dengan memanfaatkan perbedaan kecepatan difusi melalui membran semipermeabel. Hemodialisis dilakukan 2 kali seminggu, setiap hemodialisis dilakukan selama 5 jam. Kualitas setelah menjalani hemodialisis cukup baik. Namun, hemodialisis berdampak pada status gizi pasien, oleh karena prosedur dialisis mengakibatkan hilangnya nutrisi ke dalam dialisat dan meningkatkan proses katabolisme. Penurunan berat badan pada penderita gagal ginjal kronik mulai terlihat setelah 3 bulan menjalani hemodialisis dan 20 penurunan berat badan secara signifikan setelah 1 tahun menjalani hemodialisis (Sari, 2016). Indikasi dialisis pada penyakit ginjal kronik adalah bila laju filtrasi glomerulus (LFG) sudah kurang dari 5 mL/menit. Dialisis di anggap baru perlu di mulai bila di jumpai salah satu dari hal berikut: Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata, K serum  $> 6$  mEq/L, Ureum darah  $> 200$  mg/L, pH darah  $< 7,1$ , Anuria berkepanjangan ( $> 5$  hari), dan fluid overloaded atau hypervolemia (Peri Zuliani and Dita Amita, 2020).

Hemodialisis dilakukan untuk mengeluarkan zat- zat toksik, seperti ureum dan kreatinin, serta mengeluarkan kelebihan cairan. Namun dalam proses hemodialisis juga membuang zat- zat gizi yang masih diperlukan tubuh, diantaranya protein, glukosa, dan vitamin larut air. Kehilangan zat- zat gizi ini apabila tidak ditanggulangi dengan benar dapat menyebabkan gangguan status gizi. Asupan makan pasien gagal ginjal kronik biasanya rendah, hal ini dikarenakan menurunnya nafsu makan, timbulnya rasa mual dan diikuti oleh muntah, yang dapat berpengaruh terhadap penurunan berat badan penderita. *The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF/DOQI) merekomendasikan pemberian asupan tinggi protein untuk pasien dialisis. Namun, bahan makanan yang tinggi protein merupakan sumber fosfor yang tinggi. Kadar serum fosfor yang melebihi 5,5 mg/dL dapat meningkatkan mortalitas kardiovaskuler (Marianna and Astutik, 2018).

Pasien yang menjalani dialisis akan menjalani pemeriksaan Laboratorium seperti pemeriksaan Hematologi (Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, dan Trombosit), dan pemeriksaan Darah untuk mengecek ureum dan kreatinin darah, Skrining Infeksi HbsAg, Anti-HCV dan anti-HIV. Tidak hanya itu pasien memerlukan suplemen vitamin pada saat akan melakukan dialisis. Diet saja umumnya dapat memenuhi kebutuhan vitamin yang larut dalam air (A, D, E, dan K). Pemberian suplemen vitamin D tergantung kadar kalsium, fosfor dan hormon paratiroid. Asupan vitamin larut dalam air (B dan C), biasanya kurang cukup, selain karena restriksi bahan makanan yang banyak mengandung vitamin ini, juga hilang selama terapi dialisis. Semua pasien dengan dialisis hendaknya diberikan suplemen vitan B dan C. Pemantauan kadar besi perlu dilakukan setiap hari. Suplemen besi diberikan untuk mencegah anemia defisiensi besi dan memulai terapi hormon eritropoietin. Bila terjadi kekurangan besi, terapi besi dapat diberikan secara intravena selama sesi dialisis. Pasien yang menjalani CAPD membutuhkan protein dan kalium yang lebih tinggi lagi karena banyak protein maupun K hilang melalui cairan peritoneal dialisis yang terbuang (Pardede and Chunnaedy, 2009). Kompilasi pada pasien yang mengalami hemodialisa biasanya yaitu, hipotensi, kram, mual dan muntah, sakit kepala, nyeri dada, nyeri punggung, dan gatal-gatal. (Marianna and Astutik, 2018).

#### **H. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik**

Komplikasi yang dapat dtimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronik menurut (Dhani, 2019) antara lain:

1. Penyakit tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekasifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama makan menyebabkan phatologis.

## 2. Penyakit Kardiovaskuler

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri). Selain berfungsi sebagai sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.

## 3. Disfungsi seksual

Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido sering mengalami penurunan dan terjadi impotensi pada pria. Pada wanita, dapat terjadi hiperprolaktinemia.

### I. Diagnosa Keperawatan

Menurut (PPNI, 2017) diantaranya:

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)
- 2) Nyeri akut b.d agen pecedera fisiologis. (D.0077)
- 3) Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan. (D.0022)
- 4) Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019)
- 5) Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)
- 6) Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi. (D.0129)
- 7) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan. (D.0056)
- 8) Resiko perdarahan d.d gangguan gastrointestinal (D.0012)
- 9) Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)

### J. Intervensi Keperawatan

Menurut (PPNI, 2018) diantaranya:

1. **Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas pasien meningkat (L.01003).

**Kriteria Hasil:**

- a) Tingkat kesadaran meningkat
- b) Dyspnea / nafas pendek mengalami penurunan
- c) Bunyi napas tambahan menurun
- d) Pusing menurun
- e) Gelisah menurun
- f) Napas cuping hidung menurun
- g) PCO<sub>2</sub> membaik
- h) PO<sub>2</sub> membaik
- i) Takikardi membaik
- j) pH arteri membaik
- k) Sianosis membaik
- l) Pola napas membaik
- m) Warna kulit membaik

**Intervensi :**

**Terapi oksigen (L.01026).**

- a) Monitor kecepatan aliran oksigen.
- b) Monitor posisi alat terapi oksigen.
- c) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup.
- d) Monitor efektifitas terapi oksigen (Mis.analisa gas darah, oksimetri).
- e) Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan.
- f) Monitor tanda - tanda hipoventilasi (adanya nyeri kepala, pusing, letargi/kelelahan, sesak, kantuk disiang hari, depresi)
- g) Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen (verbal maupun non verbal : Ekspresi mimik wajah dan keluhan pasien).
- h) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen (apakah ada iritasi)

- i) Pertahankan kepatenan jalan nafas (Teknik batuk efektif, suction, insersi jalan nafas buatan).
- j) Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen (Nasal kanul , rebreathing mask, & non rebreathing mask), oksigen, regulator.
- k) Berikan oksigen tambahan, jika perlu (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan).
- l) Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi (Tabung oksigen yang mudah dibawa).
- m) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien.
- n) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah.
- o) Kolaborasi penentuan dosis oksigen
- p) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur

## **2. Nyeri akut b.d agen pecedera fisiologis. (D.0077)**

### **Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri pasien menurun (L.08066).

### **Kriteria Hasil:**

- a) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
- b) Keluhan nyeri menurun
- c) Meringis menurun
- d) Sikap protektif menurun
- e) Gelisah menurun
- f) Kesulitan tidur menurun
- g) Berfokus pada diri sendiri menurun
- h) Perasaan depresi menurun
- i) Frekuensi nadi membaik
- j) Fokus membaik
- k) Perilaku membaik
- l) Pola tidur membaik

**Intervensi:****Manajemen nyeri (I.08238).**

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri.
- c) Identifikasi respons nyeri nonverbal.
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- h) Fasilitasi istirahat dan tidur (atur lingkungan pasien dengan batasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan, tanyakan kepada pasien apakah suka mendengarkan musik yang menenangkan, menutup tirai, matikan lampu jika perlu).
- i) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (Misalnya nyeri akut dikarenakan retensi Na yang menyebabkan asam laktat meningkat, maka dapat dilakukan diet rendah garam).
- j) Jelaskan penyebab, periode / kurun waktu, dan pemicu nyeri.
- k) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

**3. Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan. (D.0022)****Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan pasien meningkat (L.03020).

**Kriteria Hasil:**

- a) Haluaran urin meningkat
- b) Kelembapan membrane mukosa meningkat
- c) Asupan makanan meningkat
- d) Edema menurun
- e) Asites / penumpukan cairan dirongga perut menurun

- f) Konfusi / penurunan berfikir sehingga bingung disorientasi menurun
- g) Tekanan darah membaik
- h) Denyut nadi radial membaik
- i) Tekanan arteri rata – rata membaik
- j) Berat badan membaik

**Intervensi:**

**Manajemen Hipervolemia (I.03114).**

- a) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (Mis.edema, dyspnea, suara napas tambahan).
- b) Identifikasi penyebab hypervolemia.
- c) Monitor status hemodinamik (Mis. Frekuensi jantung, tekanan darah).
- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Monitor tanda hemokonsentrasi (Mis. Blood Urea Nitrogen, kadar natrium, berat jenis urin)
- f) Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)
- g) Monitor kecepatan infus secara ketat
- h) Monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hypokalemia, hiponatremia).
- i) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- j) Batasi asupan cairan dan garam
- k) Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat
- l) Anjurkan melapor jika haluaran urin

**4. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi pasien meningkat (L.03030).

**Kriteria hasil:**

- a) Porsi makanan yang di habiskan meningkat
- b) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat

- c) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat
- d) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat
- e) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat
- f) Sikap terhadap makanan / minuman sesuai dengan tujuan kesehatan
- g) Berat badan membaik
- h) Indeks massa tubuh membaik
- i) Frekuensi makan membaik
- j) Nafsu makan membaik
- k) Bising usus membaik

**Intervensi:**

**Manajemen nutrisi (I.03119).**

- a) Identifikasi status nutrisi (apakah ada penurunan BB > 10% serta IMT dibawah normal)
- b) Identifikasi intoleransi/ alergi makanan
- c) Identifikasi makanan yang disukai
- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- f) Monitor asupan makanan
- g) Monitor berat badan
- h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Tes darah: urea & kreatinin, Tes urine : protein & uremia)
- i) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- j) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan)
- k) Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai
- l) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- m) Ajarkan diet yang diprogramkan, yang boleh dan tidak
- n) Berikan suplemen makanan, jika perlu Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi
- o) Anjurkan posisi duduk, jika perlu
- p) Ajarkan diet yang diprogramkan (rendah protein, rendah garam)

- q) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.antimetik), jika perlu
- r) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

**5. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer pasien meningkat (L.02011).

**Kriteria Hasil:**

- a) Denyut nadi perifer meningkat
- b) Warna kulit pucat menurun
- c) Edema perifer menurun
- d) Nyeri ekstremitas menurun
- e) Parastesia / kesemutan menurun
- f) Kelemahan otot menurun
- g) Kram otot menurun
- h) Nekrosis menurun
- i) Pengisian kapiler membaik
- j) Akral membaik
- k) Turgor kulit membaik
- l) Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik
- m) Tekanan artei rata – rata membaik

**Intervensi :**

**Perawatan sirkulasi (I.14569).**

- a) Periksa sirkulasi perifer (Mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu).
- b) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (Mis. Merokok, diabetes, hipertensi, kolestrol tinggi).
- c) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau edema pada ekstremitas.

- d) Hindari pemasangan infus / pengambilan darah di area keterbatasan perfusi (area yang edema atau hematoma).
- e) Hindari pengukuran TD pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi (area edema atau hematoma).
- f) Hindari penekanan pemasangan tourniquet pada area yang cedera.
- g) Lakukan pencegahan infeksi (cuci tangan sebelum melakukan tindakan, hindari tindakan yang beresiko mencederai terutama di area perfusi yang tidak efektif)
- h) Lakukan perawatan kaki dan kuku (jangan biarkan kuku panjang, kaki dalam keadaan bersih dan kulit tidak kering)
- i) Lakukan hidrasi (misalnya minum air putih sesuai program diit)
- j) Anjurkan berhenti merokok
- k) Anjurkan olahraga rutin sesuai kemampuan pasien
- l) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar.
- m) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (diet rendah protein, Na, dan batasi minum)
- n) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- o) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (Mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)
- p) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (Mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

**6. Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi. (D.0129)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125).

**Kriteria hasil:**

- a) Perfusi jaringan meningkat
- b) Kerusakan lapisan menurun
- c) Nyeri menurun
- d) Kemerahan menurun
- e) Pigmentasi abnormal menurun

**Intervensi:****Perawatan integritas kulit (I.11353).**

- a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (Mis.perubahan status nutrisi)
- b) Monitor hasil laboratorium (tes darah: urea & kreatinin, tes urine: protein & hematuria)
- c) Oleskan agen topical pada kulit yang gatal
- d) Ajarkan diet yang diprogramkan (diet rendah protein, garam, batasi minum)
- e) Edukasi penyebab gangguan integritas kulit
- f) Kolaborasi pemberian obat topical

**7. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan. (D.0056)****Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat (L.05047)

**Kriteria hasil:**

- a) Frekuensi nadi meningkat
- b) Saturasi oksigen meningkat
- c) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat
- d) Kecepatan berjalan meningkat
- e) Jarak berjalan meningkat
- f) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- g) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat
- h) Keluhan lelah menurun
- i) Dispnea saat aktivitas menurun
- j) Dyspnea setelah aktivitas menurun
- k) Perasaan lemah menurun
- l) Aritmia saat aktivitas menurun
- m) Sianosis menurun
- n) Warna kulit membaik
- o) Tekanan darah membaik

- p) Frekuensi napas membaik
- q) EKG iskemia membaik

**Intervensi:**

**Manajemen energi (I.05178).**

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (mis. Penurunan O<sub>2</sub>)
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional (observasi kemampuan pasien melakukan aktivitas dan respon pasien dalam menghadapi penyakitnya)
- c) Monitor pola tidur dan jam tidur (apakah < 8 jam/harinya)
- d) Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas
- e) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan)
- f) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif (pasif : untuk pasien yang belum bisa mandiri, aktif : perawat hanya membimbing)
- g) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- h) Anjurkan aktivitas secara bertahap
- i) Kolaborasi dengan ahli gizi diet yang tepat untuk pasien

**8. Resiko perdarahan d.d gangguan gastrointestinal (D.0012)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan pasien menurun (L.02017).

**Kriteria hasil:**

- a) Kelembapan membrane meningkat
- b) Kelembapan mukosa meningkat
- c) Pengetahuan kognitif meningkat
- d) Hematemesis menurun
- e) Hemoglobin membaik
- f) Hematokrit membaik
- g) Tekanan darah membaik

h) Denyut nadi apical membaik

**Intervensi :**

**Pencegahan perdarahan (I.02067).**

- a) Monitor tanda dan gejala adanya perdarahan (feses berwarna hitam, muntah berdarah, adanya nyeri pada ulu hati)
- b) Monitor nilai hemoglobin
- c) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- d) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- e) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- f) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- g) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan
- h) Kolaborasi pemberian obat pengontrol darah
- i) Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu

**9. Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi pasien menurun (L.14137).

**Kriteria hasil:**

- a) Kebersihan tangan meningkat
- b) Kebersihan badan meningkat
- c) Nafsu makan meningkat
- d) Demam menurun
- e) Nyeri menurun
- f) Periode malaise / lemas menurun
- g) Periode menggigil menurun
- h) Letargi / lelah menurun
- i) Kadar sel darah putih membaik

**Intervensi :****Pencegahan infeksi (I.14539).**

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (adanya kemerahan, nyeri/gatal)
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- c) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
- d) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- e) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- f) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

**BAB III**  
**LAPORAN KASUS**  
**FORMAT KAJIAN DATA DASAR KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**  
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes Medistra Indonesia)**

**A. KASUS 1**

**I. Identitas diri klien**

Nama : Ny. N                      Tgl masuk RS: 19 Oktober 2022  
Tempat / Tgl Lahir : Bekasi, 12-03-1980  
Umur : 42 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, **wali**, suami, istri, dan lain-lain)  
Alamat : Kp. Mede  
Status Perkawinan : Cerai Mati  
Agama : Islam  
Pendidikan : SD  
Suku : Betawi  
Pekerjaan : Buruh Cuci  
Pendidikan : SD  
Lama Bekerja : -  
Penanggung jawab  
Nama : Tn. R  
Usia : 56 Tahun  
Pendidikan : SMP  
Pekerjaan : Pedagang  
Hubungan dengan Pasien : Kaka Paien  
Sumber Informasi : Pasien, rekamedis dan keluarga pasien.

## **II. Status Kesehatan Saat ini**

### 1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Pasien mengatakan sesak nafas kurang lebih 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien juga mengatakan tidak bisa tidur akibat sesak nafas.

### 2. Faktor pencetus

Pasien mengatakan telat melakukan cuci darah yang harusnya dilakukan tanggal 17 Oktober dan pasien mempunyai riwayat penyakit darah tinggi.

### 3. Lamanya keluhan

Pasien mengatakan selama belum melakukan cuci darah sesak masih terasa.

### 4. Timbulnya keluhan

Pasien mengatakan timbulnya keluhan mendadak.

### 5. Faktor yang memberatkan

Pasien mengatakan sesak jika telat melakukan cuci darah.

### 6. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan ketika keluhan dirasakan pasien hanya mengistirahatkannya saja sebelum dibawa ke rumah sakit.

### 7. Diagnostik medik CKD + Hipertensi

## **III. Riwayat Kesehatan Lalu**

### 1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi kurang lebih 2 tahun yang lalu.

### 2) Alergi

Pasien tidak mempunyai alergi obat maupun makanan.

### 3) Imunisasi

Pasien mengatakan tidak tau tentang imunisasi yang pernah pasien dapatkan

### 4) Kebiasaan

Pasien mengatakan klien tidak mempunyai kebiasaan merokok, alkohol, juga minum kopi.

5) Obat-obatan

Pasien mengatakan mengonsumsi obat Amlodipine kurang lebih sejak 2 tahun yang lalu.

6) Pola nutrisi

Sebelum masuk rumah sakit frekuensi makan klien 2-3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan selalu dihabiskan. Jenis makanan beragam seperti nasi, sayur, lauk-pauk, dan buah-buahan. Makanan pantang klien adalah makanan yang di asinkan karena akan membuat tekanan darahnya naik.

7) Pola eliminasi

a. Buang air besar

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAB normal 1x/hari. Saat sakit, anak pasien mengatakan BAB 1x/hari konsistensi lunak kecoklatan.

b. Buang air kecil

Anak pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK 4-5x/hari. Saat sakit BAK pasien menggunakan alat bantu kateter. Output urine perhari 500 ml/hari dan pasien mengatakan banyak minum.

8) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit, pasien mengatakan waktu tidur 6-7 jam/hari, kebiasaan pengantar tidur (-), kebiasaan saat tidur (-),

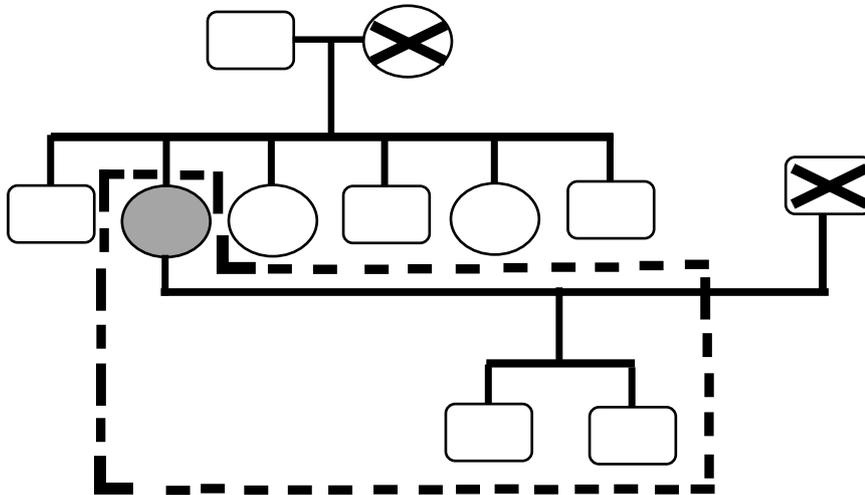
Pasien mengatakan saat sakit pola tidurnya terganggu, pasien istirahat tidak cukup.

9) Pola aktivitas dan latihan

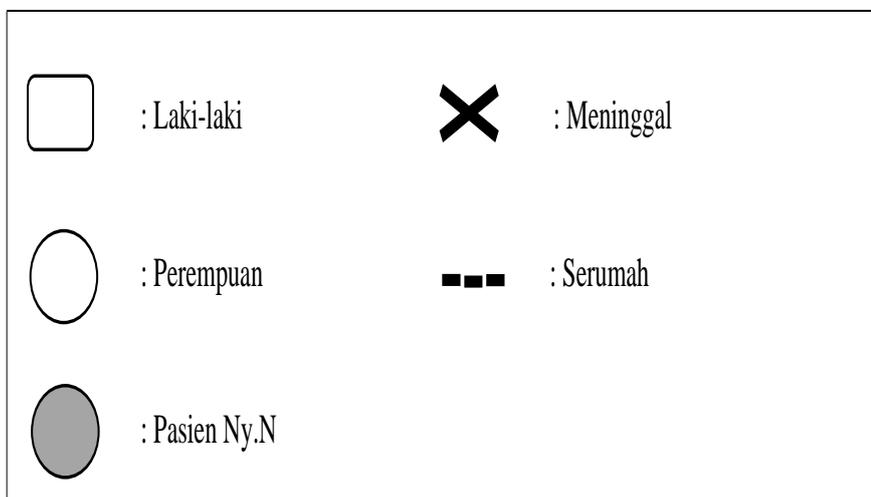
Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari menjadi buruh cuci. Sejak sakit, pasien tidak dapat melakukan banyak aktivitas dan aktivitas sehari-hari selalu dibantu anaknya. Selama sakit pasien tidak ada yang menunggu di RS dan aktivitasnya dibantu oleh perawat.

#### IV. Riwayat Keluarga

Genogram:



**Keterangan:**



#### V. Riwayat Lingkungan

Pasien mengatakan tinggal di lingkungan yang padat penduduk. Saluran air terbuka namun jauh dari polusi. Tidak terdapat area yang membahayakan, pencahayaan cukup sirkulasi udara di rumah baik.

## VI. Askep Psikososial

### 1. Pola pikir dan persepsi

Pasien mengatakan ingin segera pulang dan bekerja sebagai buruh cuci karena tidak ada yang membiayai untuk kehidupan sehari-hari.

### 2. Persepsi diri

Pasien menerima penyakitnya karena dia yakin penyakitnya adalah cobaan dari Tuhan

### 3. Suasana hati

Tampak sedih dan gelisah

### 4. Hubungan/komunikasi

#### a. Bicara

Klien dapat berbicara dengan jelas

#### b. Tempat tinggal

Pasien tinggal bersama kedua anak laki-lakinya.

#### c. Kehidupan keluarga

Pasien mengatakan kondisi keuangan kurang memadai dan hubungan dengan anggota keluarga yang lain kurang baik. Pembuat keputusan dalam keluarga adalah pasien karena suaminya sudah meninggal.

#### d. Kesulitan dalam hal keuangan dan komunikasi dalam keluarga kurang baik.

### 5. Kebiasaan seksual

Klien sudah tidak melakukan hubungan seksual karena suaminya sudah meninggal, namun dari klien sendiri tidak terkaji

### 6. Pertahanan koping

Pengambilan keputusan dibantu oleh kakak laki-lakinya.

### 7. Sistem nilai kepercayaan

Pasien mengatakan rajin dalam beribadah yaitu sholat.

## VII. Pengkajian Fisik

1. Keadaan Umum : Tampak Sakit Sedang
2. Kesadaran : Composmentis
3. Ttv : TD: 190/90 mmHg, N: 84x/menit, S:37,3°C, RR: 30x/mnt, SPO<sub>2</sub>:90%.
4. BB/TB : 40 kg/ 148 cm
5. Kepala  
Bentuk kepala normocephale, rambut tumbuh secara merata, warna hitam dan putih, keadaan rambut kurang bersih.
6. Mata  
Simertis (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya, konjungtiva anemis, tidak terdapat tanda-tanda peradangan, tidak pernah menjalani operasi mata, tidak menggunakan kacamata dan lensa kontak.
7. Hidung  
Simertis (+/+), tidak ada tanda-tanda alergi, nafas cupping hidung (-), bulu hidung bersih, tidak terdapat tanda-tanda peradangan. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami sinusitis dan perdarahan pada hidung, Mulut dan tenggorokan Mukosa bibir kering, tidak terdapat stomatitis, keadaan mulut cukup bersih, kesulitan atau gangguan bicara (-), kesulitan menelan (-), pembesaran kelenjar tiroid (-) tetapi terdapat CDL (*Catheter Double Lumen*) pada bagian leher pasien. Klien tidak pernah melakukan pemeriksaan gigi.
8. Abdomen  
Terdapat distensi abdomen (kembung), terdapat peningkatan nyeri saat ditekan.
9. Telinga  
Simertis (+/+), serumen (-), fungsi pendengaran baik.
10. Pernafasan  
RR 30x/menit, suara paru Wheezing, pola nafas dispnea, batuk (-), sputum (-), batuk darah (-).

#### 11. Sirkulasi

Tekanan darah 190/90 mmHg, nadi perifer: 84x/menit, CRT < 3 detik. Tidak terdapat distensi vena jugularis. Akral hangat, BJ1 & BJ2 dalam batas normal, tidak terdapat suara jantung tambahan. Irama jantung regular. Tidak terdapat nyeri, palpitasi, baal maupun odema, tidak terdapat *clubbing finger*.

#### 12. Reproduksi

Tidak terkaji dikaji

#### 13. Neurologi

Tingkat kesadaran CM, GCS 15 (E4 M6 V5), tidak terdapat disorientasi tempat maupun waktu, tidak ada riwayat epilepsy/kejang.

#### 14. Ekstermitas

Atas : nyeri (-), tidak terdapat odema, terpasang infus di tangan kanan dan terpasang Cimino di tangan kiri.

Bawah : nyeri (-), tidak terdapat odema, akral hangat terpasang infus di kaki kiri.

#### 15. Kulit

Warna kulit sawo matang, tidak terdapat lesi, tidak terdapat jejas.

#### 16. Status Fungsional

Pasien termasuk kategori membutuhkan bantuan sedang, karena pasien mengatakan membutuhkan bantuan perawat untuk naik turun tempat tidur, membutuhkan bantuan pada saat akan ke kamar mandi, dan membutuhkan bantuan untuk mengganti pakaian.

### VIII. Data Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
<b>Hematologi (19/10/2022)</b>			
Hemoglobin	<b>9,2</b>	12 – 14 g/dl	Tidak normal
Hematokrit	<b>25,7</b>	37 – 47 %	Tidak normal
Leukosit	<b>20,4</b>	5-10 <sup>3</sup> / $\mu$ l	Tidak normal
Trombosit	340	150-400	Normal
<b>Kimia Klinik (19/10/2022)</b>			
Ureum	<b>60</b>	20-40 mg/dl	Tidak normal
Kreatinin	<b>4,04</b>	0,5-1,5 mg/dl	Tidak Normal
Egfr	<b>13</b>	90-120 ml/mnt	Tidak normal
<b>Elektolit (19/10/2022)</b>			
Natrium	138	135-145 mmol/L	Normal
Kalium	3.7	3,5-5,0 mmol/L	Normal
Clorida	99	94-111 mmol/L	Normal
<b>Klinik CKD (19/10/2022)</b>			
Warna Urine	Kuning keruh	Jernih	Tidak normal
Albumin Urine	Positif ++	Negatif	Tidak normal
Darah Samar	Positif ++	Negatif	Tidak normal
Nitrit	Positif	Negatif	Tidak normal
<b>Analisa Gas Darah (19/10/2022)</b>			
PH	<b>7,483</b>	7,35- 7,45	Tidak normal
PCO2	<b>21,1</b>	35- 45 mmHg	Tidak normal
PO2	87,2	83- 108 mmHg	Normal
O2 Saturasi (SO2%)	<b>90,6</b>	%	Tidak normal
HCO3	<b>15,7</b>	22- 26 mmol/L	Tidak normal
TCO2	<b>16,3</b>	23- 27 mmol/L	Tidak normal

**Hemodialisa (20/10/2022)**

Akses Vaskuler : Cimino
Frekuensi HD : 2x/Minggu
Lama HD : 4,5 Jam
Mulai Dialisis : 10/11/2021
Hepariniasasi Bolus : 2000 unit/jam
Continous : 1000 unit/jam
Dializer : Purifier L160
Consentrat Dialisa : Acid, Bicarbonate
Qb : 180-200 ml/mnt
Uf : 2000
TD selama HD : 180/98, N: 112 x/mnt
Transfusi terakhir : 06/06/2022 (O+)
Hbs Ag : Non Reaktif
Anti HCV : Non Reaktif

**IX. Terapi Obat-Obatan**

Oral dan Injek		
Lasik (Furosemide)	1x 20 mg	Injeksi
Ceftriaxson	3x 1 g	Injeksi
Omeprazol	3x 40 mg	Injeksi
Amlodipin	2x 10 mg	PO
Candesartan	2x 16 mg	PO

**DATA FOKUS**

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022  
 Diagnosa : CKD + HT

Data Subjektif	Data Objektif
1) Pasien mengatakan sesak pada saat bernapas	1) Keadaan umum: Tampak sakit sedang
2) Pasien mengatakan punya riwayat darah tinggi sejak 2 tahun yang lalu	2) Kesadaran: Composmentis
3) Pasien mengatakan telat melakukan cuci darah.	3) TTV : TD : 190/90, N: 84x/mnt, S: 37,5 <sup>o</sup> C, SpO <sub>2</sub> : 90%, RR: 30x/mnt.
4) Pasien mengatakan butuh bantuan untuk berjalan ke kamar mandi	4) Terdengar wheezing, pada saat ekspirasi
5) Pasien mengatakan butuh bantuan perawat untuk ke kamar mandi karena tidak ada keluarga yang menunggu pasien	5) Tidak terdapat cuping hidung dan tidak ada retraksi dinding dada.
	6) Pasien tampak dyspnea
	7) Terpasang NRM: 10 lpm
	8) Kantong urine pasien 2000 cc/hari
	9) Aktivitas dibantu oleh perawat
	10) Pasien tampak lemah hanya berbaring ditempat tidur.
	11) Pasien selalu memanggil perawat untuk ke kamar mandi dan meminta dibelikan susu coklat pada perawat.

**ANALISA DATA**

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022

Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022

Diagnosa : CKD + HT

<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Masalah</b>	<b>Etiologi</b>
1) Pasien mengatakan sesak pada saat bernapas	1) KU: TSS 2) Kesadaran: CM, GCS 15 (E4V5M6) 3) TTV:TD:190/90 mmHg. N: 84x/mnt, S: 37,5 <sup>o</sup> C, SpO <sub>2</sub> : 90%, 4) Pernapasan 30x/mnt. 5) Terdengar wheezing, pada saat ekspirasi 6) Tidak terdapat pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada. 7) Pasien tampak dipsnea 8) Pasien terpasang NRM: 10 L	Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
1) Pasien mengatakan telat melakukan cuci darah 2) Pasien mengatakan banyak minum	1) Pengeluaran urine pasien 500 ml/hari 2) TTV:TD:190/90 mmHg. N: 84x/mnt,	Hipervolemia (D.0022)	Kelebihan Asupan Cairan
1) Pasien mengatakan butuh bantuan untuk berjalan ke kamar mandi 2) Pasien mengatakan butuh bantuan perawat untuk ke	1) Aktivitas dibantu oleh perawat 2) Pasien tampak lemah hanya berbaring ditempat tidur. 3) Pasien selalu memanggil perawat	Intoleransi aktivitas (D.0056)	Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

kamar mandi karena tidak ada keluarga yang menunggu pasien	untuk ke kamar mandi dan meminta dibelikan susu coklat pada perawat.		
------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	--	--

### DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022  
 Diagnosa : CKD + HT

No	Diagnosa Keperawatan
1	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)
2	Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)
3	Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

### INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022

Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022

Diagnosa : CKD + HT

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b>Pertukaran gas pasien meningkat (L.01003)</b> . Kriteria Hasil : 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. SPO <sub>2</sub> membaik	<b>Terapi Oksigen (L.01026)</b> <b>Obsevasi</b> 1) Monitor kecepatan aliran oksigen 2) Monitor posisi alat terapi oksigen. 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup <b>Terapeutik</b> 4) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). <b>Kolaborasi</b> 5) Berikan oksigen dengan NRM 10 lpm 6) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur	1) Memberikan kepatenan jalan napas 2) Agar terpasang dengan baik 3) Agar pasien tidak sesak 4) Agar memberi rasa nyaman 5) Mengurangi rasa sesak 6) Memberikan rasa nyaman pada saat tidur
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan pasien meningkat (L.03020) Kriteria Hasil : 1. Pengeluaran Urine meningkat 2. Tekanan Darah Membaik 3. Denyut Nadi membaik	<b>Manajemen Hipervolemia (L.03114)</b> <b>Obsevasi</b> 1) Monitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea dan napas tambahan) 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah 3) Monitor intake output cairan <b>Terapeutik</b> 4) Batasi asupan cairan dan garam (1,5-2 gr/hari). 5) Meninggikan tempat tidur 40 derajat	1) Pasien tidak sesak dan merasa nyaman 2) Frekuensi jantung normal dan tekanan darah normal 3) Cairan terkontrol 1200 ml/hari 4) Kreatinin normal ureum normal
Intoleransi aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam	<b>Manajemen Energi (L.05178)</b> <b>Obsevasi</b>	

suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	diharapkan <b>Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047)</b> . Kriteria Hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kekuatan tubuh meningkat	1) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <b>Terapeutik</b> 2) Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus (lantai tidak licin) 3) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur <b>Edukasi</b> 4) Anjurkan melakukan aktivitas bertahap.	1) Meminimalisir ketidaknyamanan 2) Agar pasien merasa nyaman 3) Agar mengurangi resiko jatuh 4) Meminimalisir kelelahan
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 1

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022  
 Diagnosa : CKD + HT

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
	Rabu 19/10/2022 08.00	Melakukan pengkajian pada Ny.N dengan gagal ginjal kronik di ruang Wijaya Kusuma	Herlina
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Kamis 20/10/2022 08.00	Operan dinas pagi Ny.N dengan diagnosa gagal ginjal kronik terpasang RL 500 cc/8 jam. Pasien direncanakan akan melakukan hemodialisa pukul 15.00 wib.	Herlina
	09.00	<b>Observasi</b> 1) Memonitor kecepatan aliran oksigen Respon : 10 L /mnt, RR: 30x/mnt,	
	09.05	2) Memonitor posisi alat terapi oksigen. Respon : alat terpasang dengan tepat,	
	09.10	3) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 10 L /mnt, RR: 30x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 90%	
	09.20	<b>Terapeutik</b> 4) Memberikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : pasien terlihat lebih nyaman	
	10.00	5) Memberikan minuman hangat Respon : pasien terlihat lebih nyaman	
	09.30	<b>Kolaborasi</b> 6) Memberikan oksigen dengan NRM 10L Respon : pasien merasa masih sesak	
	12.30	7) Mengkolaborasikan penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: pasien masih mengalami gangguan tidur	
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	Kamis 20/10/2022	<b>Obsevasi</b> 1) Memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea dan napas tambahan)	Herlina

	10.30	Respon: pasien sesak terdengkan wheezing	
		2) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah Respon: 160/87 mmHg. N: 100x/menit	
	10.35	3) Memonitor intake output cairan Respon: pasien terpasang RL 500/8 jam, output pasien	
	11.30	500 ml/hari. Pasien mengaku seirng haus dan banyak minum	
		<b>Terapeutik</b>	
		4) Membatasi asupan cairan dan garam (1,5-2 gr/ hari).	
	10.40	Respon: pasien menerima makanan rendah garam	
		5) Meninggikan tempat tidur 40 derajat	
	11.00	Respon: Posisi pasien semifowler	
Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Kamis 20/10/2022	<b>Obsevasi</b>	Herlina
	10.30	1) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Respon : pasien mengatakan terpasang infus di kaki kiri dan merasa lemas	
		<b>Terapeutik</b>	
	10.35	2) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus Respon : pasien mengatakan takut lantai licin	
	10.45	3) Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur Respon : pasien mengatakan sebelum berjalan pasien duduk di bersandar di tempat tidur	
		<b>Edukasi</b>	
	10.50	4) Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap. Respon : pasien mengatakan masih lemas dan takut terjatuh saat berjalan	

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 1

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022  
 Diagnosa : CKD + HT

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan masih merasa sesak</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekuensi nafas 30x/mnt</li> <li>• Terdengar suara napas wheezing</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 90%</li> <li>• Pasien terpasang NRM 10 lpm</li> <li>• Pasien terlihat lebih nyaman</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina
13.40	Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan masih sesak</li> <li>• Pasien mengatakan banyak minum</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RI 500 cc/ 8 jam, pengeluaran Urine 500 ml/hari</li> <li>• Pasien makan rendah garam</li> <li>• TD: 160/87 mmHg.</li> <li>• N: 100x/menit</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina
13.50	Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan lemas untuk berjalan dan tidak nyaman karena terpasang infus di kaki</li> <li>• Pasien mengatakan takut lantai licin</li> <li>• Pasien mengatakan sebelum berjalan pasien duduk di bersandar di tempat tidur</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak lebih banyak berbaring ditempat tidur</li> <li>• Pasien meminta bantuan untuk ke kamar mandi</li> </ul>	Herlina

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien meminta perawat untuk membantunya membeli susu coklat</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 2

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022

Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022

Diagnosa : CKD + HT

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Jumat 21/10/2022 08.00 09.00 09.05 09.10 09.20 10.00 09.30 12.30	<p>Operan dinas pagi</p> <p>Ny.N dengan diagnosa gagal ginjal kronik terpasang RL 500 cc/8 jam. Pasien telah melakukan hemodialisa tanggal 20/10/2022 kurang lebih pada pukul 15.00</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1) Monitor kecepatan aliran oksigen Respon : 10 L /mnt, RR: 25x/mnt,</p> <p>2) Monitor posisi alat terapi oksigen. Respon : alat terpasang dengan tepat,</p> <p>3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 10 L /mnt, RR: 25x/mnt, SPO<sub>2</sub>: 95%</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : pasien terlihat lebih nyaman</p> <p>5) Memberikan minuman hangat Respon : pasien terlihat lebih nyaman</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>6) Memberikan oksigen dengan NRM 10 lpm Respon : pasien merasa sesak berkurang</p> <p>7) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: tidur lebih nyaman namun sering terbangun</p>	Herlina

<p>Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)</p>	<p>Jumat 21/10/2022 10.30 10.35 11.30 10.40</p>	<p><b>Obsevasi</b></p> <p>1) Memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea dan napas tambahan) Respon: sesak berkurang tidak ada weezing</p> <p>2) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah Respon: 152/87 mmHg. N: 98x/menit</p> <p>3) Memonitor intake output cairan Respon: pasien terpasang RL 500/8 jam, output pasien 1500 ml/hari. Pasien mengaku seirng haus dan banyak minum</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4) Membatasi asupan cairan dan garam (1,5-2 gr/ hari). Respon: pasien menerima makanan rendah garam</p> <p>5) Meninggikan tempat tidur 40 derajat Respon: Posisi pasien semifowler</p>	<p>Herlina</p>
<p>Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)</p>	<p>Jumat 21/10/2022 10.30 10.35 10.45 10.50</p>	<p><b>Obsevasi</b></p> <p>1) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Respon : pasien mengatakan lemas berkurang</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus Respon : pasien mau berjalan kekamar mandi di bantu perawat</p> <p>3) Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur Respon : pasien tampak berpegangan ke tempat tidur</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4) Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap. Respon : pasien mengatakan takut terjatuh saat berjalan</p>	<p>Herlina</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022

Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022

Diagnosa : CKD + HT

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekuensi nafas 25x/mnt</li> <li>• Tidak terdengar suara napas wheezing</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 95%</li> <li>• Pasien terlihat lebih nyaman</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina
13.40	Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesak berkurang tidak ada wheezing</li> <li>• Pasien mengatakan banyak minum</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RI 500 cc/ 8 jam, pengeluaran Urine 1500 ml/hari</li> <li>• Pasien makan rendah garam</li> <li>• TD: 152/87 mmHg.</li> <li>• N: 98x/menit</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina
13.50	Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan lemas berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan takut lantai licin</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien meminta bantuan untuk ke kamar mandi</li> <li>• Pasien meminta perawat untuk membantunya membeli susu coklat</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 3

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022

Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022

Diagnosa : CKD + HT

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Sabtu 22/10/2022 08.00  09.00 09.05 09.10  09.20  10.00  09.30  12.30	Operan dinas pagi Ny.N dengan diagnosa gagal ginjal kronik terpasang RL 500 cc/8 jam. Pasien telah melakukan hemodialisa tanggal 20/10/2022 kurang lebih pada pukul 15.00 <b>Observasi</b> 1) Monitor kecepatan aliran oksigen Respon : 10 lpm, RR: 21x/mnt, 2) Monitor posisi alat terapi oksigen. Respon : alat dicopot pasang. 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : Nasal kanul 5 lpm/mnt, RR: 21x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 99% <b>Terapeutik</b> 4) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : pasien terlihat lebih nyaman 5) Memberikan minuman hangat Respon : pasien terlihat lebih nyaman <b>Kolaborasi</b> 6) Memberikan oksigen dengan nasal kanul 5 L Respon : pasien merasa nyaman kadang sesak kadang tidak 7) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: tidur nyaman tidak mudah terbangun	Herlina
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	Sabtu 22/10/2022 10.30 10.35	<b>Obsevasi</b> 1) Memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea dan napas tambahan) Respon: sesak berkurang tidak ada weezing	Herlina

		<p>2) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah Respon: 130/80 mmHg. N: 98x/menit</p> <p>3) Memonitor intake output cairan Respon: pasien pemplon, output pasien 1500 ml/hari. Pasien mampu mengontrol minum.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4) Membatasi asupan cairan dan garam (1,5-2 gr/ hari). Respon: pasien menerima makanan rendah garam</p> <p>5) Meninggikan tempat tidur 40 derajat Respon: Pasien mengatakn lebih nyaman</p>	
Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Sabtu 22/10/2022	<p><b>Obsevasi</b></p> <p>1) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Respon : pasien mengatakan tidak lemas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus Respon : pasien mau berjalan ke kamar mandi Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur Respon : pasien tampak berpegangan ke tempat tidur</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3) Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap. Respon : pasien mengatakan takut terjatuh saat berjalan</p>	Herlina
	10.30		
	10.35		
	10.45		
	10.50		

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 3

Nama Pasien : Ny. N Tanggal masuk : 19-10-2022

Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 19-10-2022

Diagnosa : CKD + HT

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan tidak sesak</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekuensi nafas 21x/mnt</li> <li>• Tidak terdengar suara napas wheezing</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 99%</li> <li>• Pasien terlihat lebih nyaman</li> <li>• Nasal kanul terlihat dicopot pasang</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah pola napas tidak efektif teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan pasien rawat jalan di RS Mekarsari</p>	Herlina
13.40	Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesak tidak ada</li> <li>• Pasien mampu mengontrol minum</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hanya terpasang pemplon, pengeluaran Urine 1500 ml/hari</li> <li>• Pasien makan rendah garam</li> <li>• TD: 130/80 mmHg.</li> <li>• N: 98x/menit</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Hipervolemia teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan namun lanjut Hemodialisa</p>	Herlina
13.50	Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan tidak lemas</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien ke kamar mandi sendiri</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah intoleransi aktivitas teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>	Herlina

## B. KASUS 2

### 1. Identitas diri klien

Nama : Ny. H Tgl masuk RS: 17 Oktober 2022  
 Tempat / Tgl Lahir : Bekasi, 21-10-1954  
 Umur : 68 tahun  
 Jenis kelamin : Perempuan  
 Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, wali, suami, istri, **anak** dan lain-lain)  
 Alamat : Taman Tytyan Indah Blok y2/10.  
 Status Perkawinan : Menikah  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : SMA  
 Suku : Betawi  
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
 Lama Bekerja : -  
 Penanggung jawab  
 Nama : Ny. R  
 Usia : 31 Tahun  
 Pendidikan : S1  
 Pekerjaan : Pengajar  
 Hubungan dengan Pasien : Anak Pasien  
 Sumber Informasi : Pasien, rekamedis dan keluarga pasien.

### 2. Status Kesehatan Saat ini

#### 1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Anak pasien mengatakan ibunya mengalami penurunan kesadaran dan sering bergumam berbicara ngelantur. Pasien mengalami sesak nafas sehari sebelum masuk rumah sakit frekuensi napas 30x/menit.

#### 2. Faktor pencetus

Anak pasien mengatakan ibunya mempunyai penyakit DM dan mengalami gagal ginjal kronik.

3. Lamanya keluhan  
Anak pasien mengatakan keluhannya terus menerus sehingga pasien dibawa ke RS.
4. Timbulnya keluhan  
Anak pasien mengatakan timbulnya keluhan mendadak.
5. Faktor yang memberatkan  
Anak pasien mengatakan pasien mengalami stroke dan sudah *bed rest* kurang lebih 3 tahun.
6. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya  
Anak pasien mengatakan upaya yang dilakukan membawa Ny. H kerumah sakit.
7. Diagnostik medik CKD + DM

### **3. Riwayat Kesehatan Lalu**

1. Penyakit yang pernah dialami  
Anak pasien mengatakan Ny.H mempunyai riwayat penyakit stroke dan *bed rest* kurang lebih 3 tahun
2. Alergi  
Pasien tidak mempunyai alergi obat maupun makanan.
3. Imunisasi  
Anak pasien mengatkan tidak mengetahui tentang imunisasi yang pernah pasien dapatkan
4. Kebiasaan  
Anak pasien mengatakan Ny.H tidak mempunyai kebiasaan merokok, alkohol, juga minum kopi.
5. Obat-obatan  
Anak pasien mengatakan pasien mengonsumsi obat gula kurang lebih 1 tahun yang lalu.
6. Pola nutrisi  
Sebelum masuk rumah sakit frekuensi makan klien 2-3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan selalu dihabiskan. Setelah masuk RS dan mengalami

penurunan kesadaran pasien tidak mau makan namun tidak ada penurunan berat badan.

7. Pola eliminasi

a. Buang air besar

Anak pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAB normal 1x/hari. Saat sakit, anak pasien mengatakan BAB 3x/hari konsistensi cair berwarna kuning.

b. Buang air kecil

Anak pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK 4-5x/hari. Saat sakit BAK pasien menggunakan alat bantu kateter. Output urine perhari 1800cc/hari.

8. Pola tidur dan istirahat

a. Sebelum sakit, anak pasien mengatakan waktu tidur 6-7 jam/hari, kebiasaan pengantar tidur (-), kebiasaan saat tidur (-),

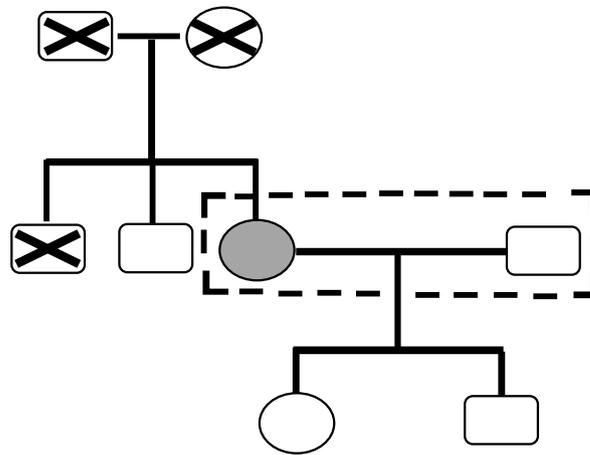
b. Anak pasien mengatakan saat sakit Ny. H sering tidur sambil bergumam berbicara ngelantur.

9. Pola aktivitas dan latihan

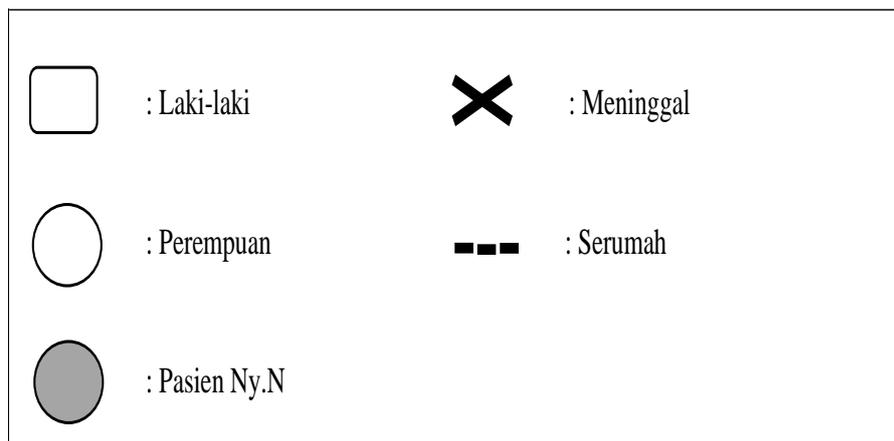
a. Anak pasien mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur karena *bed rest*. Rentang gerak pasien menurun, anak pasien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu.

#### 4. Riwayat Keluarga

Genogram:



#### Keterangan



#### 5. Riwayat Lingkungan

Anak pasien mengatakan tinggal di lingkungan yang padat penduduk. Saluran air terbuka namun jauh dari polusi. Tidak terdapat area yang membahayakan, pencahayaan cukup sirkulasi udara di rumah baik. Kondisi lingkungan sekitar rumah bersih.

## 6. Askep Psikososial

### 1. Pola pikir dan persepsi

Pasien mengalami penurunan kesadaran sering bergumam mengatakan menyuruh suaminya menikah lagi dan banyak berbicara tidak jelas dan tidak nyambung.

### 2. Persepsi diri

Pasien seperti kebingungan pada saat ditanya sedang berada dimana namun masih mengingat namanya.

### 3. Suasana hati

Pasien tampak gelisah dan sesekali berusaha untuk mencabut infusan yang dipasang.

### 4. Hubungan/komunikasi

#### a. Bicara

Klien tidak dapat berbicara dengan jelas dan sering berbicara tidak nyambung dan ngelantur.

#### b. Tempat tinggal

Pasien tinggal bersama suaminya, kedua anak pasien sudah menikah dan pisah rumah.

#### c. Kehidupan keluarga

Anak pasien mengatakan kondisi keuangan memadai dan hubungan dengan anggota keluarga yang lain baik. Pembuat keputusan dalam keluarga adalah suaminya.

#### d. Tidak ada kesulitan dalam hal keuangan dan komunikasi dalam keluarga.

### 5. Kebiasaan seksual

Tidak terkaji

### 6. Pertahanan koping

Pengambilan keputusan oleh suami dan kedua anaknya.

### 7. Sistem nilai kepercayaan

Sejak *bed rest* pasien kesulitan untuk melakukan ibadah solat ditambah mengalami penurunan kesadaran.

## 7. Pengkajian Fisik

1. Keadaan Umum : Tampak Sakit Sedang
2. Kesadaran : Delirium
3. Ttv : TD: 64/48 mmHg, N: 111, SPO<sub>2</sub>: 89%, Rr: 30x/mnt, S: 36,2.
4. BB/TB : 65 kg/ 152 cm
5. Kepala  
Bentuk kepala normocephale, rambut tumbuh secara merata, warna hitam dan putih, keadaan rambut bersih.
6. Mata  
Simertis (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya, konjungtiva anemis, tidak terdapat tanda-tanda peradangan, tidak pernah menjalani operasi mata, tidak menggunakan kacamata dan lensa kontak.
7. Hidung  
Simertis (+/+), tidak ada tanda-tanda alergi, nafas cupping hidung (-), bulu hidung bersih, tidak terdapat tanda-tanda peradangan. Anak pasien mengatakan tidak pernah mengalami sinusitis dan perdarahan pada hidung Ny. H. Mulut dan tenggorokan Mukosa bibir kering, tidak terdapat stomatitis, keadaan mulut cukup bersih, kesulitan atau gangguan bicara (-), kesulitan menelan (-), pembesaran kelenjar tiroid (-) tetapi terdapat CDL (*Catheter Double Lumen*) pada bagian leher pasien. Klien tidak pernah melakukan pemeriksaan gigi.
8. Abdomen  
Terdapat distensi abdomen (kembung), terdapat peningkatan nyeri saat ditekan.
9. Telinga  
Simertis (+/+), serumen (-), fungsi pendengaran baik ketika dipanggil namanya pasien mampu merespon dengan menjawab iya.
10. Pernafasan  
RR 30x/menit, suara paru Wheezing, pola nafas dipsnea, batuk (-), sputum (-), batuk darah (-).

### 11. Sirkulasi

Tekanan darah 64/48 mmHg, nadi perifer: 111x/menit, GDS: 321 mg/dl, capillary refilling time tidak kembali dalam 3 detik. Hemoglobin 7,2 g/dl sehingga pasien diberi transfusi darah 1 kantong/ hari selama 3 hari. Tidak terdapat distensi vena jugularis. Akral hangat, BJ1 & BJ2 dalam batas normal, tidak terdapat suara jantung tambahan. Irama jantung regular. Tidak terdapat nyeri, palpitasi, namun terdapat odema di ekstremitas bawah.

### 12. Persyarafan

Pemeriksaan syaraf kranial

- a. N1 (Penciuman): Normal (Klien mampu mengetahui bau minyak oles)
- b. N2 (Pengelihat): Klien mampu melihat dengan jelas wajah anaknya.
- c. N3 (Okulomotor): Normal (Klien mampu mengangkat kelopak mata)
- d. N4 (Trokllear): Normal (Klien mampu menggerakkan bola mata kebawah)
- e. N5(Trigeminal): Normal (Tidak ada kesulitan mengunyah)
- f. N6 (Abdusen): Normal (Klien mampu menggerakkan mata kesamping)
- g. N7 (Fasialis): Normal (Klien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata)
- h. N8 (Vestibulokoklear): Normal (Klien mampu mendengar dengan baik)
- i. N9 (Glossofaringeal): Normal (Klien mampu membedakan rasa manis dan asam)
- j. N10 (Vagus): Klien kesulitan pada saat bernapas dan merasa sesak.
- k. N11 (Aksesorius): Normal (Klien mampu menggerakkan bahu dan leher serta mampu melawan tekanan)
- l. N12 (Hipoglosus): Normal (Lidah simetris dan mampu menelan dengan baik)

### 13. Reproduksi

Tidak terkaji dikaji

#### 14. Neurologi

Tingkat kesadaran Delirium, GCS 11 (E3 M4 V4), terdapat disorientasi tempat maupun waktu, tidak ada riwayat epilepsy/kejang. Pasien mengalami kelemahan otot ekstremitas atas dan bawah

$$\frac{4}{4} \quad \frac{4}{4}$$

#### 15. Ekstermitas

Atas : nyeri (-), tidak terdapat odema, terpasang infus di tangan kanan.

Bawah : nyeri (-), terdapat odema ketika di tekan tidak kembali dalam 3 detik dan akral hangat.

#### 16. Kulit

Warna kulit putih langsung, seluruh kulit tubuh kering dan mengelupas, terdapat lesi, tidak terdapat jejas.

#### 17. Status Fungsional

Pasien termasuk kategori membutuhkan bantuan sepenuhnya, karena pasien *bed rest* di tempat tidur.

### 8. Data Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
<b>Hematologi (21/10/2022)</b>			
Hemoglobin	<b>7,2</b>	12 – 14 g/dl	Tidak normal
Hematokrit	<b>19,5</b>	37 – 47 %	Tidak normal
Leukosit	6,8	5-10 <sup>3</sup> / $\mu$ l	Normal
Trombosit	202	150-400	Normal
<b>Kimia Klinik (21/10/2022)</b>			
Ureum	<b>17</b>	20-40 mg/dl	Tidak normal
Kreatinin	0,57	0,5-1,5 mg/dl	Normal
Egfr	112	90-120 ml/mnt	Normal
<b>Elektolit (21/10/2022)</b>			
Natrium	139	135-145 mmol/L	Normal
Kalium	2,2	3,5-5,0 mmol/L	Normal
Clorida	104	94-111 mmol/L	Normal
<b>Klinik CKD (17/10/2022)</b>			
Warna Urine	Kuning keruh	Jernih	Tidak normal
Albumin Urine	Positif ++	Negatif	Tidak normal
Darah Samar	Positif ++	Negatif	Tidak normal
Nitrit	Positif	Negatif	Tidak normal
<b>Analisa Gas Darah (17/10/2022)</b>			
PH	<b>7,583</b>	7,35- 7,45	Tidak normal
PCO2	<b>23,1</b>	35- 45 mmHg	Tidak normal
PO2	97,2	83- 108 mmHg	Normal
O2 Saturasi (SO2%)	<b>89,6</b>	%	Tidak normal
HCO3	<b>13,7</b>	22- 26 mmol/L	Tidak normal
TCO2	<b>15,4</b>	23- 27 mmol/L	Tidak normal

## Pemeriksaan Diagnostik

### 1. CR Thorax PA

- Skeletal normal
- Cor sinus dan diafragma normal
- Pulmo: gerakan normal tidak tampak infiltrat
- Kesan: foto torax normal

### 2. USG Abdomen

- Skeletal normal
- Cor membesar, sinus dan diafragma normal
- Pulmo: gerakan normal, tidak tampak iniltrat
- Kesan: cardiomegali dengan aorta klasifikasi.

## 9. Terapi Obat-Obatan

Oral dan Injek		
Ringer Laktat	500 cc	IV
NaCl	3 %	IV
Pregabalin	3x 75 mg	PO
Rincobal	3x 500 mg	PO
Aricept	1x 5 mg	PO
Brainact	2x 500 mg	PO
Omeprazol	2x 40 mg	Injeksi
Cefoperazon	2x1 g	Injeksi
Vit B12, Asam folat, bicarbonat.	3x 50 ml	Injeksi
Vascon	Target TD > 65	Injeksi
Insulin (novorapid) jika GDS >200	8 unit	Injeksi

**DATA FOKUS**

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022  
 Diagnosa : CKD + DM

Data Subjektif	Data Objektif
1. Anak pasien mengatakn Ny.H mengalami penurunan kesadaran.	1. Keadaan Umum: Tampak Sakit Sedang
2. Anak pasien mengatakn Ny.H sesak nafas	2. Kesadaran: Delirium GCS (E3 M4 V4)
3. Anak pasien mengatakn Ny. H mempunyai penyakit DM	3. Pasien tampak sesak
4. Anak pasien mengatakan belum pernah mendapat insulin.	4. Pasien di pasang NRM 15 l/mnt
5. Anak pasien mengatakn Ny. H bes rest dan aktivitas sehari-harinya dibantu.	5. Terdapat suara nafas tambahan wheezing
	6. Ttv: TD: 64/48 mmHg, N: 111, SPO <sub>2</sub> : 89%, Rr: 30x/mnt, S: 36,2.
	7. GDS: 321 mg/dl
	8. Pasien tampak bed rest
	9. Pasien tampak lemah menggerakkan ekstremitasnya.

**ANALISA DATA**

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022  
 Diagnosa : CKD + DM

Data Subjektif	Data Objektif	Masalah	Etiologi
1) Anak pasien mengatakan Ny.H mengalami penurunan kesadaran. 2) Anak pasien mengatakan Ny.H sesak nafas	1. Keadaan Umum: Tampak Sakit Sedang 2. Kesadaran: Delirium GCS (E3 M4 V4) 3. Pasien tampak sesak 4. Pasien di pasang nrm 15 l/mnt 5. Terdengar Wheezing 6. Ttv : TD: 64/48 mmHg, N: 111, SPO <sub>2</sub> : 89%, Rr: 30x/mnt, S: 36,2.	Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
1) Anak pasien mengatakan Ny. H mempunyai penyakit DM 2) Anak pasien mengatakan belum pernah mendapat insulin	1. Kesadaran: Delirium 2. GDS: 321 mg/dl	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)	Gangguan Toleransi Glukosa Darah
1) Anak pasien mengatakan Ny. H bed rest dan aktivitas sehari-harinya dibantu	1) Pasien tampak bed rest 2) Pasien tampak lemah menggerakkan ekstremitasnya	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Neuromuskular
1) Anak pasien mengatakan Ny. H <i>bed rest</i>	1) Pasien tampak bed rest dan kehilangan kesadaran	Risiko Jatuh (D.0143)	Kekuatan otot menurun

**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022  
Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022  
Diagnosa : CKD + DM

No	Diagnosa Keperawatan
1	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)
4	Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)

### INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022

Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022

Diagnosa : CKD + DM

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Pertukaran gas pasien meningkat (L.01003)</b> . Kriteria Hasil : 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. SPO <sub>2</sub> membaik	<b>Terapi Oksigen (I.01026)</b> <b>Obsevasi</b> 1) Monitor kecepatan aliran oksigen 2) Monitor posisi alat terapi oksigen. 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup <b>Terapeutik</b> 4) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). <b>Kolaborasi</b> 5) Berikan oksigen dengan NRM 15L 6) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur 7) Kolaborasi pemberian transfusi darah 1x1 hari.	1) Memberikan kepatenan jalan napas 2) Agar terpasang dengan baik 3) Agar pasien tidak sesak 4) Agar memberi rasa nyaman 5) Mengurangi rasa sesak 6) Memberikan rasa nyaman pada saat tidur
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.03022)</b> Kriteria Hasil : 1. Kadar glukosa dalam urine membaik 2. Kesadaran meningkat	<b>Manajemen hiperglikemi (I.03115)</b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat 2) Monitor kadar glukosa darah <b>Terapeutik</b> 3) Berikan asupan cairan oral <b>Edukasi</b> 4) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5) Anjurkan kepatuhan terhadap diet <b>Kolaborasi</b>	1) Agar gula darah terkontrol 2) Gula darah dalam batas normal 3) Memenuhi kebutuhan cairan pasien 4) Agar bisa melakukan secara mandiri ketika pulang 5) Mengontrol gula darah 6) Mengontrol gula darah

		6) Kolaborasi pemberian insulin	
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>mobilitas fisik meningkat (L.05042)</b> . Kriteria Hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Rentang gerak (ROM) meningkat	<b>Dukungan mobilisasi (L.05173)</b> <b>Obsevasi</b> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <b>Terapeutik</b> 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 5) Libatkan keluarga selama melakukan mobilisasi. <b>Edukasi</b> 6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini	1) Agar tidak menambah keluhan pasien 2) Melakukan pergerakan dengan bertahap 3) Kesadaran pasien dalam kondisi baik 4) Mengurangi resiko jauh 5) Agar keluarga mengetahui dan mampu melakukan secara mandiri 6) Mobilisasi secara bertahap
Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Tingkat Jatuh menurun (L.14138)</b> . Kriteria Hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun	<b>Pencegahan jatuh (L. 14540)</b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi faktor risiko jatuh 2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh <b>Terapeutik</b> 3) pastikan roda tempat tidur selalu terkunci. 4) pasang <i>handrail</i> tempat tidur <b>Edukasi</b> 5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan	1) Menghindari risiko jatuh 2) Mencegah jatuh 3) Meminimalisir risiko jatuh 4) Mencegah jatuh 5) Mempermudah pasien

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 1

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022

Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022

Diagnosa : CKD + DM

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
	Sabtu 22/10/2022 13.00	Melakukan pengkajian pada Ny.H dengan gagal ginjal kronik di ruang Wijaya Kusuma	Herlina
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Minggu 23/10/2022 08.00  09.00 09.05 09.10 09.20  10.00  09.30  12.30	Operan dinas pagi Ny.H dengan diagnosa gagal ginjal kronik terpasang RL 500 cc/8 jam. Pasien Post Operasi Hemodialisa tanggal 21 oktober 2022 pukul 17.00 wib. <b>Observasi</b> 1) Monitor kecepatan aliran oksigen Respon : 15 L /mnt, RR: 30x/mnt, 2) Monitor posisi alat terapi oksigen. Respon : alat terpasang dengan tepat, 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 15 L /mnt, RR: 30x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 89% <b>Terapeutik</b> 4) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : pasien terlihat lebih nyaman <b>Kolaborasi</b> 5) Memberikan oksigen dengan NRM 15L Respon : pasien merasa masih sesak 6) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: pasien tidur masih terpasang oksigen 7) Kolaborasi pemberian transfusi darah 1x1 hari selama 3 hari Respon: Hb 7.2 g/dl (rendah)	Herlina
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d	Minggu 23/10/2022	<b>Observasi</b>	Herlina

Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	10.20  10.30  10.35  10.40  11.00  11.30	1) Mengidentifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat Respon: gula darah pasien 321 mg/dl  2) Memonitor kadar glukosa darah Respon: gula darah pasien 321 mg/dl  <b>Terapeutik</b>  3) Berikan asupan cairan oral Respon: pasien enggan untuk minum  <b>Edukasi</b>  4) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Respon: keluarga belum memahami  5) Anjurkan kepatuhan terhadap diet Respon: pasien diet rendah gula  <b>Kolaborasi</b>  6) Kolaborasi pemberian insulin Respon: pasien belum mendapat insulin	
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	Minggu 23/10/2022  10.30 10.35  10.45  10.50  10.55  11.15	<b>Obsevasi</b>  1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon: nyeri ekstremitas pada saat digerakan  2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Respon: ekstremitas bisa digerakan perlahan-lahan  3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon: kesadaran delirium  <b>Terapeutik</b>  4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Respon: pagar tempat tidur terpasang  5) Libatkan keluarga selama melakukan mobilisasi. Respon: keluarga mendampingi  <b>Edukasi</b>  6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini Respon: menggerakkan ekstremitas atas	Herlina
Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	10.30	<b>Observasi</b>  1) Identifikasi faktor risiko jatuh Respon: Pasien berbaring d tempat tidur	Herlina

	10.35	2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Respon: pasien di jaga oleh keluarga <b>Terapeutik</b>	
	10.45	3) pastikan roda tempat tidur selalu terkunci. Respon: roda tempat tidur suda tekunci	
	10.50	4) pasang <i>handrail</i> tempat tidur Respon: <i>handrail</i> tempat tidur terpasang <b>Edukasi</b>	
	10.55	5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Respon: keluarga pasien memanggil perawat	

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 1

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022  
 Diagnosa : CKD + DM

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anak pasien mengatakan Ny. H masih sesak</li> <li>Anak pasien mengatakan Ny.H masih mengalami penurunan kesadaran</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prekuensi nafas 30x/mnt</li> <li>Terdengar suara napas wheezing</li> <li>SPO<sub>2</sub> : 89%</li> <li>Terpasang NRM 15L</li> <li>Hb 7.2 g/dl (rendah)</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina
13.40	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien enggan untuk minum</li> <li>Keluarga meminta penjelasan untuk cara pemberian insulin secara mandiri</li> <li>Anak pasien mengatakan pasien tidak memakan-makanan yang terlalu manis</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GDS 321 mg/dl</li> <li>Keluarga pasien tampak bingung</li> </ul> <p><b>A:</b> Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina
13.50	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anak pasien mengatakan Ny.H menggerakkan perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>Anak pasien mengatakan Ny.H meringis kesakitan pada saat menggerakkan kaki dan tangan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anak pasien tampak mendampingi pasien melakukan pergerakan</li> <li>Pagar tempat tidur tampak terpasang kiri kanan.</li> </ul> <p><b>A:</b> Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina

13.20	Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anak pasien mengatakan pasien bed rest dan masih mengalami penurunan kesadaran.</li></ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Penjaga tempat tidur pasien tampak terpasang</li><li>• Roda tempat tidur terkunci</li><li>• Pasien masih mengalami penurunan kesadaran</li></ul> <b>A:</b> Masalah risiko jatuh belum teratasi	<b>P:</b> Intervensi dilanjutkan
-------	-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 2

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022  
 Diagnosa : CKD + DM

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Senin 24/10/2022 08.00  09.00 09.05 09.10  09.20  10.00 09.30 12.30	Operan dinas pagi Ny.H dengan diagnosa gagal ginjal kronik terpasang RL 500 cc/8 jam. Pasien Post Oprasi Hemodialisa tanggal 21 oktober 2022 pukul 17.00 wib.  <b>Observasi</b> 1) Monitor kecepatan aliran oksigen Respon : 10 L /mnt, RR: 25x/mnt, 2) Monitor posisi alat terapi oksigen. Respon : alat terpasang dengan tepat, 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 10 L /mnt, RR: 25x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 94%  <b>Terapeutik</b> 4) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : pasien terlihat lebih nyaman  <b>Kolaborasi</b> 5) Memberikan oksigen dengan NRM 10L Respon : pasien merasa masih sesak 6) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: pasien tidur masih terpasang oksigen 7) Kolaborasi pemberian transfusi darah 1x1 hari selama 3 hari. Hari ke 2 Respon: Hb 7.2 g/dl (rendah)	Herlina
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	Senin 24/10/2022 10.20	<b>Observasi</b> 1) Mengidentifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat Respon: gula darah pasien 257 mg/dl 2) Memonitor kadar glukosa darah	Herlina

	10.30	Respon: gula darah pasien 257 mg/dl <b>Terapeutik</b> 3) Berikan asupan cairan oral	
	10.35	Respon: pasien mau minum ketika dibujuk <b>Edukasi</b> 4) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	
	10.40	Respon: keluarga sedikit memahami 5) Anjurkan kepatuhan terhadap diet	
	11.00	Respon: pasien diet rendah gula <b>Kolaborasi</b> 6) Kolaborasi pemberian insulin	
	11.30	Respon: pasien mendapat insulin 3x8 unit	
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	Senin 24/10/2022	<b>Obsevasi</b> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon: nyeri ekstremitas berkurang pada saat digerakan	Herlina
	10.30		
	10.35	2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Respon: ekstremitas bisa digerakan perlahan-lahan	
	10.45	3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon: kesadaran delirium <b>Terapeutik</b>	
	10.50	4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Respon: pagar tempat tidur terpasang	
	10.55	5) Libatkan keluarga selama melakukan mobilisasi. Respon: keluarga mendampingi <b>Edukasi</b>	
	11.15	6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini Respon: menggerakkan ekstremitas atas	
Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	10.30	<b>Observasi</b> 1) Identifikasi faktor risiko jatuh Respon: Pasien berbaring d tempat tidur mampu menggerakkan ekstremitas	Herlina
	10.35	2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Respon: pasien di jaga oleh keluarga <b>Terapeutik</b>	

	10.45	3) pastikan roda tempat tidur selalu terkunci. Respon: roda tempat tidur suda tekunci	
	10.50	4) pasang <i>handrail</i> tempat tidur Respon: <i>handrail</i> tempat tidur terpasang	
	10.55	<b>Edukasi</b> 5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Respon: keluarga pasien memanggil perawat	

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022  
 Diagnosa : CKD + DM

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anak pasien mengatakan sesak Ny. H berkurang</li> <li>Anak pasien mengatakan Ny.H masih mengalami penurunan kesadaran namun merespon saat dipanggil namanya</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prekuensi nafas 25x/mnt</li> <li>Suara napas wheezing berkurang</li> <li>SPO<sub>2</sub> : 94%</li> <li>Terpasang NRM 10L</li> <li>Hb 7.2 g/dl (rendah)</li> </ul> <b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	Herlina
13.40	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mau minum ketika dibujuk</li> <li>Anak pasien mengatakan pasien tidak memakan-makanan yang terlalu manis</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>GDS 257 mg/dl</li> <li>Keluarga pasien tampak sudah mengerti cara pemberian insulin</li> </ul> <b>A:</b> Ketidak setabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian. <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	Herlina

13. 50	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak pasien mengatakan Ny.H menggerakkan perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>• Anak pasien mengatakan Ny.H meringis berkurang</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak pasien tampak mendampingi pasien melakukan pergerakan</li> <li>• Pagar tempat tidur tampak terpasang kiri kanan.</li> </ul> <p><b>A:</b> Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina
13.20	Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak pasien mengatakan pasien bed rest namun sudah tidak mengalami penurunan kesadaran.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penjaga tempat tidur pasien tampak terpasang</li> <li>• Roda tempat tidur terkunci</li> <li>• Pasien masih mengalami penurunan kesadaran</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Herlina

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 3

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022  
 Diagnosa : CKD + DM

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Selasa 25/10/2022 08.00  09.00 09.05 09.10  09.20  10.00 09.30 12.30	Operan dinas pagi Ny.H dengan diagnosa gagal ginjal kronik terpasang RL 500 cc/8 jam. Pasien Post Oprasi Hemodialisa tanggal 21 oktober 2022 pukul 17.00 wib. <b>Observasi</b> 1) Monitor kecepatan aliran oksigen Respon : 5 L /mnt, RR: 23x/mnt, 2) Monitor posisi alat terapi oksigen. Respon : alat terpasang dengan tepat, 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 5 L /mnt, RR: 23x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 99% <b>Terapeutik</b> 4) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : pasien terlihat lebih nyaman <b>Kolaborasi</b> 5) Memberikan oksigen dengan Nasal kanul 5L Respon : pasien merasa sesak sedikit saja 6) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: oksigen lepas pasang 7) Kolaborasi pemberian transfusi darah 1x1 hari selama 3 hari. Hari ke 3 Respon: Hb 7.2 g/dl (rendah)	Herlina
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	Selasa 25/10/2022 10.20	<b>Observasi</b> 1) Mengidentifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat Respon: gula darah pasien 198 mg/dl 2) Memonitor kadar glukosa darah	Herlina

	10.30	Respon: gula darah pasien 198 mg/dl <b>Terapeutik</b> 3) Berikan asupan cairan oral	
	10.35	Respon: pasien mau minum ketika dibujuk <b>Edukasi</b> 4) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	
	10.40	Respon: keluarga bisa melakukan pemberian insulin 5) Anjurkan kepatuhan terhadap diet	
	11.00	Respon: pasien diet rendah gula <b>Kolaborasi</b> 6) Kolaborasi pemberian insulin	
	11.30	Respon: pasien mendapat insulin 3x8 unit	
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	Selasa 25/10/2022	<b>Obsevasi</b> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon: tidak ada nyeri ekstremitas pada saat digerakan	Herlina
	10.30		
	10.35	2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Respon: ekstremitas bisa digerakan	
	10.45	3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon: kesadaran composmentis <b>Terapeutik</b>	
	10.50	4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Respon: pagar tempat tidur terpasang	
	10.55	5) Libatkan keluarga selama melakukan mobilisasi. Respon: keluarga mendampingi	
	11.15	6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini Respon: menggerakkan semua ekstremitas atas bawah	
Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	10.30	<b>Observasi</b> 1) Identifikasi faktor risiko jatuh Respon: Pasien berbaring d tempat tidur mampu menggerakkan ekstremitas	Herlina
	10.35	2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Respon: pasien di jaga oleh keluarga <b>Terapeutik</b>	

	10.45	3) pastikan roda tempat tidur selalu terkunci. Respon: roda tempat tidur suda terkunci	
	10.50	4) pasang <i>handrail</i> tempat tidur Respon: <i>handrail</i> tempat tidur terpasang	
	10.55	<b>Edukasi</b> 5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Respon: keluarga pasien memanggil perawat	

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 3

Nama Pasien : Ny. H Tanggal masuk : 17-10-2022

Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 22-10-2022

Diagnosa : CKD + DM

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anak pasien mengatakan Ny. H hanya sedikit sesak</li> <li>Anak pasien mengatakan Ny.H kesadarannya sudah pulih</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prekuensi nafas 23x/mnt</li> <li>Suara napas wheezing berkurang</li> <li>SPO<sub>2</sub>: 99%</li> <li>Terpasang nasal kanul 5 liter</li> <li>Hb g/dl (rendah)</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi intervensi dilanjutkan pasien rawat jalan</p>	Herlina
13.40	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mau minum ketika dibujuk</li> <li>Anak pasien mengatakan pasien tidak memakan-makanan yang terlalu manis</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GDS 198 mg/dl</li> <li>Keluarga pasien tampak sudah mengerti cara pemberian insulin</li> </ul> <p><b>A:</b> Ketidak setabilan kadar glukosa darah teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi intervensi dilanjutkan pasien rawat jalan</p>	Herlina

13. 50	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak pasien mengatakan Ny.H mampu menggerakkan kaki dan tangan</li> <li>• Anak pasien mengatakan Ny.H tidak meringis kesakitan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak pasien tampak mendampingi pasien melakukan pergerakan</li> <li>• Pagar tempat tidur tampak terpasang kiri kanan.</li> </ul> <p><b>A:</b> Gangguan Mobilitas Fisik teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>	Herlina
13.20	Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak pasien mengatakan pasien bed rest namun sudah tidak mengalami penurunan kesadaran.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penjaga tempat tidur pasien tampak terpasang</li> <li>• Roda tempat tidur terkunci</li> <li>• Pasien masih mengalami penurunan kesadaran</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko jatuh teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>	Herlina

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny. N dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik disertai Hipertensi dan Ny. H dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik disertai DM. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada klien Ny. N dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik disertai Hipertensi dan Ny. H dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik disertai DM. di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

##### **Menurut teori:**

Gagal ginjal kronis yaitu keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan – lahan (menahun) disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih kembali (irreversibel). Tubuh seseorang yang mengalami gagal ginjal kronik tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat peningkatan pada kadar ureum yang dapat meningkatkan beban sirkulasi berlebihan, terjadinya edema, gagal jantung kongestif dan hipertensi. (Pardede and Chunnaedy, 2009)

Tanda dan gejala yang umum terjadi pada penderitanya gagal ginjal kronik yaitu pasien mengalami peningkatan tekanan darah lebih dari normal (Hipertensi), hiperglikemia, kulit kering dan gatal-gatal, juga dapat diakibatkan oleh obat-obatan yang bisa merusak ginjal. (Dhani, 2019). Seorang yang sudah mengalami gagal ginjal kronik diharuskan untuk melakukan hemodialisa trapi ini merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak. Dialysis atau Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk-produk sisa metabolisme yang tidak terpakai dari dalam

tubuh ketika ginjal sudah tidak mampu lagi berfungsi dengan baik sesuai fungsinya (Smeltzer & Bare, 2013).

**Menurut kasus:**

Kasus pertama dari pengkajian pada Ny.N didapatkan Keadaan Umum: Sakit Sedang, Kesadaran: Composmentis, TD: 190/90 mmHg, N: 84x/menit, S:37,3°C, RR: 30x/mnt, pasien mengalami sulit melakukan aktivitas ke kamar mandi. Pemeriksaan fisik: terdengar suara nafas wheezing dan pasien dipsnea.

Kasus kedua dari pengkajian Ny.H didapatkan Keadaan Umum: Sakit Sedang, Kesadaran: Delirium GCS (E3 M4 V4), Pasien tampak sesak dan mengalami penurunan kesadaran. Pasien bed rest di tempat tidur sulit menggerakkan ekstremitas. Pemeriksaan fisik: Terdapat suara nafas tambahan wheezing, TD: 64/48 mmHg, N: 111, SPO<sub>2</sub>: 63%, Rr: 30x/mnt, S: 36,2°C, GDS: 321 mg/dl, kulit pasien kering dan mengelupas.

**Analisa Penulis:**

Menurut analisa penulis gejala-gejala yang ada pada pasien Ny. N dan Ny. H merupakan gejala Gagal Ginjal Kronik pada umumnya.

**B. Diagnosa Keperawatan**

**Menurut teori:**

Menurut (PPNI, 201) diantaranya:

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)
- 2) Nyeri akut b.d agen pecedera fisiologis. (D.0077)
- 3) Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan. (D.0022)
- 4) Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019)
- 5) Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)
- 6) Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi. (D.0129)
- 7) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan. (D.0056)
- 8) Resiko perdarahan d.d gangguan gastrointestinal (D.0012)

9) Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)

**Menurut kasus:**

Pada kasus pertama yaitu Ny. N penulis menegakan 3 diagnosa sesuai dengan keluhan yang pasien rasakan penentuan diagnose keperawatan berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi klien, diantaranya:

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)
- 2) Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)
- 3) Intoleransi aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

Pada kasus kedua yaitu Ny. H penulis juga menegakan 3 diagnosa sesuai dengan keluhan yang pasien rasakan penentuan diagnose keperawatan berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi klien, diantaranya:

1. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)
3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)

**Analisa Penulis:**

Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan memiliki persamaan pada Ny. N memiliki 3 diagnosa yang sama dengan teori dan pada Ny.H memiliki satu diagnosa yang sama dengan teori dan antar kedua pasien memiliki satu diganosa yang sama, akan tetapi ada diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan tidak sama dengan teori, berikut penjelasannya:

**1) Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)**

Pada pasien pertama Ny. N dan pasien kedua Ny. H dari keduanya didapatkan hasil pengkajian ditemukan data subjektif yang keduanya

mengeluh sesak napas. Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas dibuktikan dengan tidak seimbangnya antara suplay oksigen yang masuk sehingga suplay darah kedalam paru-paru tidak cukup atau Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi sehingga data objektif pada pasien yaitu pasien mengalami dipsnea, pola nafas yang abnormal, terdengar bunyi napas tambahan dan pada Ny. H sampai mengalami penurunan kesadaran. Menurut peneliti gejala-gejala yang didapatkan pada kedua pasien sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

## **2) Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)**

Diagnosa ini terdapat pada pasien pertama Ny. N terdapat pada teori dan tidak terdapat pada Ny. H. Pada saat pengkajian penulis mendapatkan data subjektif pasien mengeluh telat melakukan cuci darah merasa tidurnya terganggu karena sesak, sementara data objektifnya TD: 190/90 mmHg, Nadi: 111 x/menit.

Menurut (PPNI, 2017) Hipervolemia peningkatan volume cairan ekstrasel khususnya intravasukular melebihi kemampuan tubuh mengeluarkan air melalui ginjal seperti halnya terjadi pada Ny.N. Menurut peneliti penegakkan diagnosa sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada buku SDKI. Saat pengkajian tanda mayor dan minor yang didapatkan pada pasien Ny. N sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI.

## **3) Intoleransi aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)**

Diagnosa ini terdapat pada Ny. N dan sesuai dengan teori namun diagnosa ini tidak terdapat pada Ny.H. Diagnosa Intoleransi aktivitas dibuktikan dengan kondisi pasien yang tirah baring dan dari hasil pengkajian pada Ny. N didapatkan data subjektif pasien yaitu pasien

mengeluh lelah dan data objektifnya pasien tampak lemah dan meminta bantuan perawat untuk pergi ke kamar mandi.

Menurut (PPNI, 2017) Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari, seperti halnya Ny. N yang aktivitasnya dibantu oleh perawat ketika di rumah sakit. Menurut peneliti gejala-gejala yang ada pada pasien Ny. N sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

#### **4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)**

Diagnosa ini terdapat pada Ny. H tidak terdapat didalam teori dan tidak terdapat pada Ny. N. Diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah dibuktikan dengan kondisi pasien mengalami gangguan toleransi glukosa darah, pada saat pengkajian penulis mendapatkan data subjektif yaitu pasien mempunyai riwayat DM serta data objektifnya nilai GDS pasien 321 mg/dl, adapun gejala dan tanda mayor yang terdapat pada pasien yaitu kadar glukosa dalam darah/urine tinggi serta gejala dan tanda minor pasien mengalami penurunan kesadaran.

Menurut (PPNI, 2017) Ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu variasi kadar gula darah naik ataupun turun dari rentang normal, dan yang terjadi pada pasien adalah pasien mengalami kenaikan kadar gula darah yang tidak normal. Menurut peneliti gejala-gejala yang ada pada pasien Ny. H sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

#### **5. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)**

Diagnosa ini terdapat pada Ny. H tidak terdapat didalam teori dan tidak terdapat pada Ny. N. Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik dibuktikan dengan kondisi pasien mengalami gangguan neuromuskular pasien bed rest di tempat tidur, pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif

Pasien yaitu anak pasien mengatakan pasien *bes rest* di tempat tidur dan aktivitasnya dibantu dan data objektifnya yaitu pasien tampak lemah untuk menggerakkan ekstremitasnya, adapun gejala dan tanda mayornya yaitu pasien mengalami penurunan kekuatan otot, rentang gerak (ROM) menurun dan gejala dan tanda minornya yaitu nyeri pada saat bergerak dan gerakan ekstremitas terbatas.

Menurut (PPNI, 2017) Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri, yang terjadi pada pasien Ny.H yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran dan rentang gerak (ROM) menurun. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun 4/4/4/4. Menurut penulis gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.H sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

#### **6. Risiko jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)**

Diagnosa ini terdapat pada Ny. H tidak terdapat didalam teori dan tidak terdapat pada Ny. N. Diagnosa Risiko jatuh dibuktikan dengan kondisi pasien mengalami penurunan kekuatan otot dan pasien *bed rest* di tempat tidur. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif Pasien yaitu anak pasien mengatakan pasien *bes rest* di tempat tidur dan mengalami penurunan kesadaran.

Menurut (PPNI, 2017) Risiko jatuh merupakan kondisi yang beresiko mengalami kerusakan fisik dangangguan kesehatan akibat terjatuh. Menurut penulis gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.H sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

#### 1. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. N dan Ny. H karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosanya yaitu Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan **Pertukaran Gas Pasien Meningkat (L.01003)** dengan **Kriteria Hasil:** Dispnea menurun, Bunyi napas tambahan menurun dan SPO<sub>2</sub> membaik, adapun intervensi yang dilakukan **Terapi Oksigen (I.01026)**, Monitor kecepatan aliran oksigen, Monitor posisi alat terapi oksigen, Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup, Berikan oksigen sesuai kebutuhan dengan saturasi oksigen pada Ny.N 82% menjadi 99% dan pada Ny. H 63% menjadi 97%. Berikan oksigen dengan NRM 10L pada Ny. N dan NRM 15L pada Ny. H, Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur, Kolaborasi pemberian transfusi darah 1x1 hari selama 3 hari untuk Ny.H.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### 4) Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. N dengan masalah keperawatan **Hipervolemia** yang berhubungan dengan

**Kelebihan asupan cairan** dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **KESEIMBANGAN Cairan membaik (L.03114)** dengan **Kriteria Hasil:** pengeluaran urine meningkat, tekanan darah membaik, denyut nadi membaik adapun intervensi yang dilakukan pada Ny. N yaitu **Manajemen Hipervolemia Membaik (I.03114)** Memonitor tanda gejala hipervolemia (dispnea dan wheezing), memonitor intake output cairan, batasi asupan garam dan memberi posisi 40 derajat.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

## **2. Intoleransi aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. N dengan masalah keperawatan Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047)** dengan **Kriteria Hasil:** Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat dan Kekuatan tubuh meningkat, adapun intervensi yang dilakukan pada Ny. N yaitu **Manajemen Energi (I.05178)** Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus (lantai tidak licin), Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur dan Anjurkan melakukan aktivitas bertahap.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

### 3. **Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. H dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.03022)** dengan **Kriteria Hasil:** Kadar glukosa dalam urine membaik dan Kesadaran meningkat, adapun intervensi yang dilakukannya yaitu **Manajemen hiperglikemi (I.03115)** Identifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat, Monitor kadar glukosa darah yaitu 321 mg/dl menjadi 198 mg/dl, Berikan asupan cairan oral, Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, Anjurkan kepatuhan terhadap diet makanan yang mengandung banyak cairan dan terlalu banyak gula dan Kolaborasi pemberian insulin 3x 8 unit.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

### 4. **Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. H dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik yang berhubungan dengan Neuromuskular dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **mobilitas fisik meningkat (L.05042)** dengan **Kriteria Hasil:** Pergerakan ekstremitas meningkat dan Rentang gerak (ROM) meningkat, adapun intervensi yang dilakukan pada Ny.H yaitu **Dukungan mobilisasi (I.05173)** Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), Libatkan keluarga selama

melakukan mobilisasi dan Anjurkan melakukan mobilisasi dini seperti menggerakkan tangan dan kaki.

Menurut penulis berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### 5. Risiko jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. H dengan masalah keperawatan Risiko Jatih yang berhubungan dengan Kekuatan otot menurun dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **Tingkat jatuh menurun (L.14138)** dengan **Kriteria Hasil:** jatuh dari tempat tidur menurun, adapun intervensi yang dilakukan pada Ny.H yaitu **Pencegahan jatuh (I.14540)** memasang *handral* tempat tidur dan mengunci roda tempat tidur pasien.

Menurut penulis berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### D. Implementasi atau Catatan Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. N dan Ny. H dibagi dalam empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan peneliti disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun. Implementasi pada Kasus 1 pasien Ny. N dari tanggal 20 Oktober s/d 22 Oktober 2022 dilakukan selama 3 hari perawatan.

Implementasi Ny. N di hari pertama 20 Oktober 2022 yaitu, memberikan oksigen dengan NRM 10L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan pasien 30x/mnt saturasi oksigennya 82%, memastikan alat terpasang dengan tepat dan memberi minuman hangat. Memonitor intake output cairan dan asupan garam serta Tekanan darah dan nadi pasien. Memonitor lokasi dan

ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, memastikan lantai tidak licin, memberitahu pasien untuk melakukan aktivitas bertahap yaitu duduk di samping tempat tidur.

Implementasi pada Ny. N di hari kedua 21 Oktober 2022 yaitu, memonitor kecepatan oksigen NRM 10L pernapasan pasien 25x/mnt saturasi oksigennya 95%, memastikan alat terpasang dengan tepat dan memberi minuman hangat. Memonitor intake output cairan dan asupan garam serta tekanan darah dan nadi pasien. Memastikan lantai tidak licin, memberitahu pasien untuk melakukan aktivitas bertahap yaitu berjalan berpegangan di sisi tempat tidur dan dibantu perawat pada saat ke kamar mandi.

Implementasi pada Ny. N di hari ketiga 22 Oktober 2022 yaitu, memonitor kecepatan oksigen Nasal kanul 5L pernapasan pasien 23x/mnt saturasi oksigennya 99%, memastikan alat terpasang dengan tepat dan memberi minuman hangat. Memonitor intake output cairan dan asupan garam serta tekanan darah dan nadi pasien. Memastikan lantai tidak licin, memberitahu pasien untuk melakukan aktivitas bertahap yaitu berjalan perlahan pada saat ke kamar mandi namun masih didampingi.

Implementasi yang dilakukan pada kasus 2 pasien Ny.H dari tanggal 23 Oktober s/d 25 Oktober 2022 yang dilakukan selama 3 hari perawatan. Implementasi pada Ny. H di hari pertama 23 Oktober 2022 yaitu, memberikan oksigen dengan NRM 10L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan pasien 30x/mnt saturasi oksigennya 89%, memastikan alat terpasang dengan tepat, memberikan transfusi darah pertama 1 kantong, memonitor gula darah pasien 321 mg/dl, memberikan minuman hangat pada pasien, menganjurkan memonitor gula darah secara mandiri pada keluarga, menganjurkan patuh diet rendah gula, kolaborasi pemberian insulin. Memonitor adanya nyeri saat bergerak, memonitor kesadaran pasien selama mobilisasi kesadaran delirium, menganjurkan pasien untuk menggerakkan ekstremitas atas dan bawah pantau adanya rasa nyeri.

Implementasi pada Ny. H di hari kedua 24 Oktober 2022 yaitu, memberikan oksigen dengan NRM 10L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan

pasien 25x/mnt saturasi oksigennya 94%, memastikan alat terpasang dengan tepat, memberikan transfusi darah kantong kedua, memonitor gula darah pasien 257 mg/dl, memberikan minuman hangat pada pasien, menganjurkan memonitor gula darah secara mandiri pada keluarga, menganjurkan patuh diet rendah gula, memberikan insulin 3x8 unit. memonitor kesadaran pasien selama mobilisasi kesadaran delirium, menganjurkan pasien untuk menggerakkan ekstremitas atas dan bawah pantau adanya rasa nyeri.

Implementasi pada Ny. H di hari ketiga 25 Oktober 2022 yaitu, memberikan oksigen dengan nasal kanul 5L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan pasien 23x/mnt saturasi oksigennya 99%, memastikan alat terpasang dengan tepat, memberikan transfusi darah kantong ketiga, memonitor gula darah pasien 198 mg/dl, memberikan minuman hangat pada pasien, menganjurkan memonitor gula darah secara mandiri pada keluarga, menganjurkan patuh diet rendah gula, memberikan insulin 3x8 unit. memonitor kesadaran pasien selama mobilisasi kesadaran composmentis, menganjurkan pasien untuk menggerakkan ekstremitas atas dan bawah pantau adanya rasa nyeri pasien mampu menggerakkan ekstremitastanpa rasa nyeri namun pasien masih bed rest.

## **E. Evaluasi atau Catatan Perkembangan**

### **Menurut Teori:**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan tindakan keperawatan.

### **Menurut Kasus**

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis pada kasus 1 yaitu Ny. N dari 3 diagnosa semua keluhan pasien mampu teratasi seperti pernafasan pasien 20x/mnt SPO2 99% dan pasien bisa melakukan aktivitasnya kembali namun pasien masih tetap harus melakukan Hemodialisa.

Kasus 2 yaitu pada Ny. H dari 4 diagnosa yang teratasi terdapat 1 diagnosa yaitu gangguan pertukaran gas yang ditandai dengan pernapasan pasien 23x/mnt dengan SPO2 99% dan kesadaran pasien composmentis, untuk diagnosa gangguan toleransi glukosa darah kadar gula darah pasien harus selalu dipantau dan pasien mendapatkan insulin, diagnosa gangguan mobiltas fisik belum teratasi karena pasien bed rest di tempat tidur dan hanya mampu menggerakkan kestremitas atas dan bawah.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

##### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi kasus pada Ny. N yang dilakukan pengkajian tanggal 19 Oktober 2022 ditemukan data adanya gejala dari gagal ginjal kronik yaitu pasien mengalami gangguan pertukaran gas dimana pasien mengalami sesak napas, tekanan darah pasien 190/90 mmHg dan pasien menjalani hemodialisa.

Pengkajian pada Ny.H dilakukan pada tanggal 22 Oktober 2022 ditemukan gejala pasien mengalami penurunan kesadaran, kadar gula darah pasien lebih dari normal 321 mg/dl dan pasien menjalani hemodialisa.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Hasil studi kasus didapatkan 7 diagnosa dari kedua pasien dan terdapat 3 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas, Hipervolemia dan Intoleransi Aktivitas. Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas, Hipervolemia dan Intoleransi Aktivitas terdapat pada Ny. N dan pada Ny.H hanya terdapat Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas yang sesuai dengan teori.

##### **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada Ny. N dan Ny. H dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti dengan intervensi yang didasarkan atas empat komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

#### **4. Implementasi atau Catatan Keperawatan**

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan Gagal Ginjal Kronik. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan baik berkat kerja sama dari pasien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

#### **5. Evaluasi atau Catatan Perkembangan**

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan Pada pasien Ny. N dan Ny. H selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada pasien Ny. N hasil evaluasi didapatkan semua masalah keperawatan pasien teratasi, namun pasien masih harus menjalankan Hemodialisa. Pada pasien Ny. H terdapat satu diagnosa yang teratasi dan dua diagnosa lainnya masih harus dilakukan di rumah dan tetap menjalankan Hemodialisa.

### **B. SARAN**

#### **1. Bagi Rumah Sakit**

Saran kepada perawat Ruang Wijaya Kusuma RSUD CAM Kota Bekasi untuk dapat menjadi edukator untuk memberi informasi dan pendidikan kesehatan mengenai Gagal Ginjal Kronik pada pasien dan keluarga pasien. Serta dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada pasien. Mengikuti pelatihan-pelatihan agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien rawat inap yang membutuhkan keperawatan.

#### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan hasil tugas akhir ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta

meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya Keperawatan Medikal Bedah.

### **3. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien**

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi mengenai penyakit gagal ginjal kronik dan bagaimana pencegahan, perawatan serta pengobatan pada penyakit tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Carolina, P. and Aziz, Z. A. (2019) 'Dukungan Keluarga Dalam Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Rsud dr. Doris Sylvanus Palangka Raya', *DINAMIKA KESEHATAN JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN*, 10(2). doi: 10.33859/dksm.v10i2.484.
- Dhani, N. (2019) *Keperawatan medikal bedah, Bcg*.
- Marianna, S. and Astutik, S. (2018) 'Hubungan Dampak Terapi Hemodialisa Terhadap Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Ginjal', *Indonesian Journal of Nursing Sciences and Practice*, pp. 41–52.
- Muttaqin, A. and Sari, K. (2011) *Asuhan Keperawatan Gangguan sistem Perkemihan, Jakarta : Salemba Medika*. Salemba Medika.
- Novitasari L (2021) 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. D Dengan Kasus Gagal Ginjal Kronis Di RSUD Panembangan Senopati Bantul - Repository Poltekkesjogja', *Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*. Available at: <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/6150/> (Accessed: 26 October 2022).
- Nurarif, H. . & K. H. (2019) 'Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC – NOC Edisi Revisi Jilid 1.Mediaction Publishing: Yogyakarta.', *Journal of Geotechnical and Geoenvironmental Engineering ASCE*, 120(11).
- Nurhayati, I. *et al.* (2021) 'Gambaran Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa: Literature Review', *SJurnal Keperawatan Indonesia Florence Ningtingale*, 1(1).
- Pardede, S. and Chunnaedy, S. (2009) *Penyakit Ginjal Kronik*. 3rd edn, *Sari Pediatri*. 3rd edn. Jakarta: internal publishing.
- Pernefri (2016) '9th Report of Indonesian Renal Registry', *Perkumpulan Nefrologi Indonesia*, pp.1–46. Available at:

[https://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN RENAL REGISTRY 2016.pdf](https://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN_RENAL_REGISTRY_2016.pdf).

Peri Zuliani and Dita Amita (2020) 'Hubungan Anemia Dengan Kualitas Hidup Pasien Pkg Yang Menjalani Hemodialisis', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 08(02), pp. 107–116.

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tujuan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

Rendi, F. (2021) *Identifikasi Faktor Dominan Penyebab Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr Hardjono Ponorogo - Umpo Repository*. Available at: <http://eprints.umpo.ac.id/873/> (Accessed: 26 October 2022).

Sari, A. P. (2016) 'Hubungan lama hemodialisa dengan insomnia pada pasiengagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RST. Dr. Asmir Salatiga', *Applied Microbiology and Biotechnology*, 85(1), pp. 2071–2079.

Setiati, Siti; Alwi, Idrus; Sudoyono, Aru. W; K. Simadibrata, Marcellus; Setiyohadi, Bambang; Syam Ari, F. (2017) *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I, Ilmu Penyakit Dalam*.

Smeltzer & Bare (2013) 'Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Suddarth Edisi 8. Jakarta: EGC.', *EGC*.

Vitaliati, T. (2018) 'Pengaruh Relaksasi Religius terhadap Penurunan Tingkat Insomnia pada Lansia Di PSLU Bondowoso', *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 2(1). doi: 10.32419/jppni.v2i1.80.

## Lampiran 1

### Lampiran 1

#### KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

No	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1	Jumat 21-10-2022	14.00 Wib	Konsultasi judul KIAN, dan menunggu panduan KIAN.		Revisi
2	Sabtu 29-10-2022	13.30 Wib	Konsultasi judul KIAN lengkap		ACC Judul
3	Senin 31-10-2022	17.00 Wib	Arahan Penyusunan BAB 1. Latar belakang, Tujuan umum dan tujuan khusus sesuai dengan panduan.		Revisi
4	Selasa 01-11-2022	15.00 Wib	Membahas isi dan teori asuhan keperawatan pada pasien kelolaan.		Revisi
5	Jumat 11-11-2022	15.00 Wib	Membahas latar belakang dan tinjauan		Revisi

			teori		
6	Jumat 11-11-2022	17.00 Wib	Membahas kasus kelolaan dan pembahasan		Revisi
7	Rabu 16-11-2022	17.00 Wib	Membahas kasus kelolaan dan pembahasan		Revisi
8	Kamis 17-11-2022	10.00 Wib	Revisi diagnosa kasus pertama		ACC dan ajukan untuk Sidang
9	Selasa 22-11-2022	16.00 Wib	Bimbingan revisi sidang KIAN. Tambahkan diagnosa dan pembahasan pada kasus pertama dan ke dua		ACC KIAN.

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan Pendidikan Profesi Ners



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302